

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

115

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 22 décembre 1898, à 1 heure

PAR

PETIT ALEXIS

Né à Paris, le 7 juillet 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

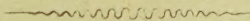
PSOÏTE



Président : M. BERGER.

Juges : MM. { POIRIER, RÉMY, professeurs.
ALBARRAN, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

Imprimerie **P. DELMAR**, 29, rue des Boulangers.

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 22 décembre 1898, à 1 heure

PAR

PETIT ALEXIS

Né à Paris, le 7 juillet 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

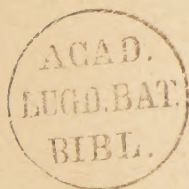
DE LA

PSOÏTE

Président : M. BERGER.

Juges : MM. { POIRIER, RÉMY, professeurs.
ALBARRAN, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

Imprimerie **P. DELMAR**, 29, rue des Boulangers.

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N.
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	HAYEM.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique des malad. des voies urinaires	JOFFROY.
Clinique ophtalmologique.	FOURNIER.
Clinique d'accouchement	RAYMOND.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
	GUYON.
	PANAS.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. GAUCHER	MM. MARIE	MM. TEISSIER
ALBARRAN	GILBERT	MAUCLAIRE	THIERY
ANDRÉ	GILLE DE LA	MENETRIER	THIROLOIX
BAR	TOURETTE	NELATON	THOINOT
BONNAIRE	HARTMANN	MÉRY	TUFFIER
BROCA	HEIM	NETTER	VARNIER.
CHARRIN.	LANGLOIS	POIRIER, chef	VAQUEZ
CHASSEVANT	LEGUEU	des travaux	WALTHER
DELBET.	LEJARS	anatomiques	WEISS
DUPRÉ.	LETULLE	RÉMY	WIDAL
FAURE.	MARFAN	RICARD	WURTZ
		ROGER	LAUNOIS
		SEBILEAU	

Secrétaire de la Faculté : M. le Docteur Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BERGER

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter l'Ecole et avant de commencer l'application de son enseignement, nous tenons à adresser à nos maîtres l'hommage de notre reconnaissance.

A mes maîtres de l'Ecole de Rouen, MM. Ballay, Petitclerc, Chaboux, Ollivier, Brunon, François Hue et Cauchois, nous adressons l'hommage de notre gratitude.

Nous envoyons un souvenir ému à la mémoire de M. le Professeur Strauss qui fut pour nous un guide sûr et bienveillant.

Que nos maîtres de Paris, MM. Comby, Ferrand, Perraud et Le Dentu, reçoivent ici l'hommage de notre souvenir ; nous sommes très heureux d'avoir pu profiter de leur haute expérience et nous n'oublierons pas que nous leur devons le meilleur de ce que nous avons pu apprendre.

M. Barbarin, interne des hôpitaux, nous a aidé de ses conseils, nous tenons à l'en remercier.

Que M. le Professeur Berger, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, daigne bien recevoir ici l'hommage de notre profond respect et de notre inaltérable reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DÉFINITION. — HISTORIQUE

Qu'entend-on sous le nom de psoïte ou de psoïtis ? Si nous prenons la définition du traité de chirurgie Duplay et Reclus, nous voyons qu'on désigne ainsi les inflammations et les abcès des muscles psoas. C'est une myosite qui aboutit d'ordinaire à la suppuration. Examinons d'autre part la thèse de Marcato, plus vieille, il est vrai de quelques années et nous trouvons désignées par ce terme les lésions traumatiques du psoas. Nous avons sur l'inflammation et sur la propagation des infections, des idées tout autres que celles qui avaient force de loi en 1877. Aussi ne saurions-nous accepter sous ce nom général de psoïte les contusions, les plaies, les hernies, les luxations, l'inflammation, les abcès du muscle comme semble le faire Marcato et, si pour être plus complets, nous voulons modifier la définition du traité de chirurgie, nous dirions que la psoïte est une maladie infectieuse du psoas, due soit à une lésion directe (traumatisme du muscle), soit à la propagation d'une inflammation de voisinage, soit à une infection générale.

Il est certain que, bien souvent, la psoïte a dû donner lieu et, nous le verrons, à des erreurs de diagnostic. Du reste, pendant fort longtemps toutes les affections de

la fosse iliaque furent le tout confus où péniblement les auteurs anciens s'efforcèrent de faire la lumière. N'avons-nous pas assisté encore de nos jours, à propos de l'appendicite, à la manifestation tardive de vérités longtemps ignorées. Aussi ne devons-nous pas nous étonner de ne pas trouver de description exacte de l'affection qui nous occupe avant la fin du siècle dernier.

Certes, Fabrice de Hilden en 1711 avait affirmé son existence; Portal, Morgagni, Rousselle-Chamseau s'étaient occupés de ruptures musculaires, ce dernier auteur ayant présenté quatre cas de ces ruptures musculaires à la Société Royale de Médecine, mais c'est seulement en 1771 que de la Motte décrit l'attitude de la psoïte. Il nous faut arriver ensuite au mémoire de J. Sédillot, en 1817, où il affirme l'importance de la rupture du muscle. Kyll, en 1832, fait un mémoire sur les abcès du psoas chez les accouchées. Lobstein, en 1833, parle de l'hyperphlogose du muscle psoas et présente une observation avec autopsie. Signalons encore Ferrand Roy, pour arriver à la dernière thèse de Paris, celle de Marciano, en 1877. Des travaux importants ont été depuis cette époque faits à Lyon sur ce sujet. Gangolphe, particulièrement dans la thèse de son élève Condamin, s'est occupé du traitement et nous insisterons plus tard sur les conclusions de cet auteur.

Sans avoir la prétention de présenter un historique complet de la question, et nous réservant de signaler dans le cours de cette étude rapide les ouvrages de moindre importance, nous indiquerons les articles de Heur-

taux du dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique et de Vincent du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, qui nous ont été d'un grand secours.



CHAPITRE I

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DE LA PSOÏTE

La psoïte était considérée autrefois, et surtout par les médecins militaires, comme une maladie relativement fréquente. Cela provenait de ce qu'on confondait alors avec elle différentes affections du voisinage; telles que l'ostéomyélite du bassin ou des dernières lombaires, l'appendicite, le phlegmon du ligament large, etc. C'est ainsi qu'il nous a semblé qu'un bon tiers au moins des observations de psoïte réunis par Marciano dans sa thèse (1) étaient très discutables au point de vue du diagnostic. Lui-même d'ailleurs l'avoue à différentes reprises au cours de son travail.

Aujourd'hui, au contraire, les différentes affections de la fosse iliaque et du bassin étant bien connues et bien déterminées, la psoïte est considérée comme très rare. Certains auteurs actuels vont même jusqu'à la nier, mais bien à tort selon nous; car il est évidemment impossible de refuser au muscle psoas la possibilité de s'enflammer et de suppurer comme les autres muscles. D'ailleurs la littérature médicale moderne possède quelques observations très nettes, indiscutables de psoïtes,

(1) Th. Paris 77.

et nous-même nous signalerons tout à l'heure au cours de notre travail, quatre cas de psôite pour lesquels le diagnostic ne saurait être mis en doute, puisque dans chacun de ces cas il a été rendu évident aux yeux de tous les assistants par l'intervention.

Au point de vue étiologique nous avons successivement à envisager ici :

des causes prédisposantes,
des causes occasionnelles,
des causes déterminantes.

Causes prédisposantes. — La psôite est particulièrement fréquente dans le sexe masculin. Cela vient probablement de ce que la nature de ses travaux expose davantage l'homme aux fatigues et aux traumatismes qui ont une assez grande influence sur le développement de la psôite. Les gens qui exercent des professions pénibles; tels que les frotteurs, les hommes de peine, les militaires, les chargeurs des Halles, etc., sont particulièrement exposés.

L'âge joue également un grand rôle parmi les causes prédisposantes de la psôite. C'est en effet surtout de 25 à 35 ans, période pendant laquelle l'activité humaine est particulièrement grande, que se développe l'affection qui nous intéresse. Celle-ci ne fait cependant pas défaut aux âges extrêmes de la vie; et dans une observation que nous citerons tout à l'heure et que nous avons empruntée à la thèse de Condamin; le malade opéré était âgé de 67 ans.

Les états diathésiques tels que la syphilis, le rhuma-

tisme chronique, le diabète, etc., et les maladies antérieures, jouent ici comme dans les autres états infectieux un grand rôle en préparant un terrain favorable à l'invasion microbienne.

Ajoutons enfin que le muscle psoas est particulièrement exposé à l'inflammation pour deux grandes raisons : d'abord à cause de sa texture extrêmement délicate ; ensuite à cause des mouvements incessants et souvent violents et brusques dont il est le siège.

Causes occasionnelles. — Les causes à l'occasion desquelles peut se développer la psoïte sont très nombreuses et très différentes. Vincent, de Lyon, à ce sujet distingue dans son article du Dictionnaire Dechambre, 6 catégories de psoïtes :

1° Les psoïtes traumatiques plus ou moins infectieuses ;

2° Les psoïtes puerpérales ;

3° Les psoïtes infectieuses, franches, spontanées ou sans trauma notable : ce sont les vraies psoïtes ;

4° Les psoïtes secondaires à une inflammation pelvienne, à une ostéite du bassin, à une carie vertébrale, à une cellulite sous aponévrotique, par propagation d'une affection des reins, de la prostate, etc. ;

5° Des psoïtes rhumatismales douteuses ;

6° Des psoïtes syphilitiques et scrofuleuses.

Pour nous ces différentes catégories peuvent être en définitive réduites à 3, savoir :

1° Les psoïtes consécutives à une affection du voisinage ;

2° Les psoïtes complications de maladies générales infectieuses ;

3° Les psoïtes traumatiques.

1° *Psoïtes par propagation d'une inflammation du voisinage.*

Le muscle psoas iliaque peut être envahi par toutes les suppurations qui se développent autour de lui, quelle que soit leur origine : ostéomyélite de l'os iliaque ou des vertèbres lombaires, abcès iliaque superficiel, appendicite, abcès périnéphritique, phlegmon iliaque, etc. Dans tous ces cas le tissu cellulaire qui enveloppe le muscle est d'abord envahi, de telle sorte qu'il y a péripsoïtis avant psoïtis véritables.

Ajoutons que le fascia iliaca, comme nous le verrons tout à l'heure à propos de l'anatomie pathologique ne se laisse pas traverser partout aussi facilement. A la partie supérieure, par exemple, les suppurations du voisinage le pénètrent facilement par ulcérations, tandis qu'à la partie inférieure au contraire, le fascia iliaca, épais, oppose au pus une barrière presque infranchissable. Aussi doit-on admettre qu'à ce niveau « la gaine du muscle est envahie par propagation progressive de l'infection et non par ulcération. Dans certaines ostéomyélites de l'os iliaque, au contraire, l'effusion du pus par ulcération du périoste se fait directement dans le muscle iliaque, et sans doute un certain nombre d'observations de psoïtes à évolution rapide et très graves chez certains jeunes

sujets doivent être rapportées à des ostéomyélites de la fosse iliaque ». (1)

2° Psoïtes consécutives aux maladies générales infectieuses.

Toutes les maladies infectieuses peuvent provoquer la suppuration du psoas ; l'infection purulente, la fièvre typhoïde, la variole, etc. Abel a noté la succession d'un panaris, d'un abcès du psoas et d'un hydrothorax. Nous relaterons tout à l'heure une observation de Pantelakis, dans laquelle une psoïte et une péricardite suppurées ont compliqué une cachexie palustre.

Mais de toutes les maladies infectieuses, c'est assurément la septicémie puerpérale qui occupe de beaucoup le 1^r rang dans l'étiologie de la psoïte. Marcano dans sa thèse fait jouer un rôle capital aux différents et multiples traumatismes qui peuvent se produire au moment de l'accouchement, et prétend ainsi expliquer la fréquence de la psoïte puerpérale. Quant à nous, nous ne partageons nullement cette manière de voir, et si nous admettons que dans un certain nombre de cas un traumatisme antérieur a pu à la rigueur prédisposer le sujet à une psoïte, nous n'en considérons pas moins la psoïte puerpérale comme une psoïte infectieuse, type déterminé par la pénétration d'un agent pathogène dans le muscle psoas iliaque.

En ce qui concerne le rhumatisme, il est assez bizarre de voir cette maladie qui a généralement si peu de tendance à la suppuration être parfois la cause d'un abcès

(1) Th., chirurgie Duplay et Reclus (t. II, page 425).

du psoas iliaque. Le fait est rare, mais il a cependant été observé par Gendron au 24^e jour d'un rhumatisme articulaire généralisé, et aussi par Withmore et de la Motte.

3° *Psoïtes traumatiques.*

Sous ce nom, Marcano désigne dans sa thèse toute une catégorie de psoïtes déterminées uniquement par des traumatismes quelconques. Pour Marcano, le traumatisme joue le grand rôle, l'infection ne compte pas.

Tout autre est notre conception des psoïtes traumatiques. Il est en effet bien démontré aujourd'hui que ces psoïtes sont encore avant tout des infections du muscles psoas, mais des infections préparées par un traumatisme.

Existe-t-il des infections primitives du muscle psoas, survenant en dehors de tout traumatisme? Un grand nombre d'auteurs le prétendent. Toutefois parmi les nombreuses observations que nous avons lues, nous n'en avons pas trouvé une seule qui permit de soutenir cette hypothèse. Toujours nous avons trouvé dans les antécédents du malade soit un traumatisme, si léger qu'il soit, soit un effort.

Jusqu'à plus ample informé, nous admettrons donc que si les psoïtes traumatiques sont avant tout des psoïtes infectieuses primitives, en revanche ces psoïtes infectieuses sont toujours préparées par un traumatisme quelconque.

Voyons maintenant comment agit le traumatisme?

Tantôt il est direct, et dans ce cas il y a ou il n'y a pas pénétration. Quand il y a plaie pénétrante, la patho-

logie de la psoïte est très simple, car alors l'agent pathogène est porté d'emblée à l'intérieur du psoas où il se développe. Quand il n'y a pas de plaie, la contusion détermine alors une déchirure partielle des fibres du psoas qui s'accompagne d'un épanchement sanguin, et cet épanchement si léger soit-il, suffit quelquefois pour attirer l'invasion microbienne.

D'autre fois le traumatisme est indirect, et alors il peut consister soit en un effort du muscle, soit en une contraction musculaire violente, soit enfin en des efforts répétés dans un travail pénible, dans une marche forcée, par exemple. Dans ce cas il se produit alors à l'intérieur du muscle psoas une accumulation de déchets organiques qui eux aussi constituent une voie d'appel pour l'infection.

Causes déterminantes

Nous n'avons pas beaucoup à insister ici sur cette dernière catégorie de causes.

En effet les agents pathogènes qui représentent ces causes déterminantes n'ont pas encore été bien étudiés ; et l'on peut dire que la bactériologie de la psoïte n'existe pas.

Toutefois en raisonnant par analogie, avec les autres suppurations localisées on peut admettre les hypothèses suivantes :

Dans les psoïtes par propagation, l'agent infectieux qui détermine la maladie initiale détermine également la psoïte. Celle-ci est-elle par exemple consécutive à une

appendicite, on trouvera le bactérium coli en grande abondance.

Dans les psoïtes qui compliquent les maladies infectieuses, on peut retrouver soit l'agent spécifique de la maladie causale, tel que le bacille d'Eberth par exemple, soit encore le streptocoque ou le staphylocoque, c'est-à-dire l'un quelconque des principaux microbes, des infections secondaires, ou même ces deux microbes ensemble.

Dans les psoïtes traumatiques enfin, on a jusqu'ici constaté surtout la présence du streptocoque. Nous même nous l'avons rencontré deux fois dans deux observations de psoïte traumatique que nous publierons tout à l'heure.

Quant à la voie suivie par des agents infectieux elle est variable suivant les cas, très souvent impossible à déterminer. Quand il y a traumatisme et plaie, il est évident que les microbes sont d'emblée portés à l'intérieur du muscle psoas, quand il s'agit d'une psoïte par propagation, les agents pathogènes cheminent de proche en proche à travers les tissus ou suivent les vaisseaux lymphatiques, quand la psoïte complique une maladie infectieuse, c'est la voie sanguine qui est la voie d'apport. C'est encore sans doute la même voie que suivent les microbes, quand le psoas est envahi à la suite d'un traumatisme indirect.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomique l'histoire des inflammations du psoas présente plusieurs particularités intéressantes. Pourquoi le psoas iliaque est-il plus fréquemment atteint de myosite que les autres muscles de l'économie ? Pourquoi ces myosites offrent-elles une gravité, que la connaissance de l'antisepsie n'a pu encore faire disparaître. Pourquoi enfin le pronostic est-il encore assombri par des complications toujours à redouter ? La situation du psoas, ses rapports avec des organes importants nous renseignent suffisamment à ce sujet.

Sans faire une étude anatomique complète, nous devons cependant voir en quelques mots ces rapports. Le muscle occupe à la fois la grande cavité abdominale et la partie antérieure de la cuisse.

Le psoas est profondément situé entre les muscles de la partie abdominale postérieure en arrière, les viscères abdominaux en avant.

Nous trouvons donc de haut en bas, le diaphragme, le petit psoas, le rein et les vaisseaux rénaux, l'uretère, les vaisseaux spermatiques ou utéro-ovariens, les portions verticales du colon.

Sur le bord interne du muscle cheminent les vaisseaux iliaques externes. Le muscle iliaque occupe lui la

fosse iliaque interne, il est en rapport en avant avec le cœcum du côté droit, l'S iliaque du colon du côté gauche. Entre le psoas et l'iliaque une dépression toujours visible sert de lit au nerf crural.

Mais ces rapports sont médiats. Il faut insister en effet sur ce fait que le psoas quoique intra-abdominal est complètement séparé des organes que nous venons de passer en revue, par une aponévrose d'enveloppe, le fascia iliaca ; à la vérité cette aponévrose très faible à la partie inférieure au niveau de l'iliaque, n'est à la partie supérieure, comme le dit Testut (1) qu'une simple toile celluleuse, mais il n'en est pas moins vrai qu'elle est fermée de toutes parts, ménageant seulement un étroit passage au niveau des vertèbres, pour les vaisseaux lombaires et les gros nerfs qui viennent du plexus.

« Le fascia iliaca s'insère en dedans : 1° sur toutes les
« vertèbres lombaires, en ménageant au niveau de cha-
« cune d'elles, une espèce de pont pour le passage des
« artères et veines lombaires ; 2° sur la base du sacrum
« 3° sur le détroit supérieur du bassin, à ce niveau il
« envoie sur l'artère et la veine iliaque externe un feuillet
« plus ou moins délicat qui maintient ces vaisseaux sur
« le bord interne du psoas.

« En dehors il s'insère successivement, en allant de
« haut en bas : 1° sur l'aponévrose du carré des lombes,
« le long du bord externe du psoas ; 2° sur le ligament-
« ilio-lombaire ; 3° sur la lèvre interne de la crête iliaque
« dans toute son étendue.

(1) Testut. Anatomie, t. I.

« En haut, le fascia iliaca se termine en présentant un
« épaissement linéaire, une sorte d'arcade, arcade
« fibreuse du psoas, qui embrasse le psoas et sur laquelle
« vient s'insérer la portion correspondante du diaphragme.

« En bas, au niveau de l'arcade crurale, le fascia
« iliaca adhère intimement dans sa moitié externe, à la
« face inférieure de cette arcade ; sa partie interne, au
« contraire, ne contracte avec l'arcade crurale aucun rap-
« port, elle forme d'abord, sous le nom de bandelette
« ilio-pectinée, le côté externe de l'anneau crural, puis,
« continuant son trajet descendant, elle couvre la por-
« tion extra-pelvienne du psoas iliaque qu'elle accom-
« pagne jusqu'au petit trochanter.»

Nous terminerons cet exposé anatomique en insistant sur la grande bourse séreuse qui sépare la partie inférieure du muscle de la capsule fibreuse de l'articulation de la hanche et du bord antérieur de l'os iliaque.

Cela nous suffit pour montrer comment et pourquoi l'inflammation du psoas reste pendant longtemps limitée au muscle et comment lorsqu'elle ne se cantonne pas à la loge du fascia iliaca, elle produit les complications qu'ont pu signaler les auteurs.

En effet lorsque sous une cause locale ou générale, la psoïte apparaît, il n'est pas toujours facile la reconnaître. L'infection primitive peut donner lieu à de petits abcès séparés qu'on ne peut retrouver que dans l'épaisseur des fibres musculaires. Marciano a, par une expérience reproduite partout, montré que le tiraillement du psoas pouvait déterminer la rupture de fibres cen-

trales alors que le reste du muscle demeure sain. Mais si la myosite se généralise ou bien si, au lieu de rester centrale elle atteint primitivement le tissu cellulaire péri-musculaire, la fonte purulente d'une grande partie du psoas se manifeste par une tuméfaction qui occupe la loge du muscle. Il ne faut pas croire cependant que cette tuméfaction soit considérable, la loge fibreuse est par définition inextensible et bien souvent, en l'absence des phénomènes particuliers à l'affection qui nous occupe, il serait impossible de localiser le point atteint. Il est du reste des observations où le psoas ayant été mis à nu, on pouvait se demander s'il s'agissait bien de psoïtis, seule l'ouverture de la gaine a pu lever les doutes.

Mais à côté de ces cas où le muscle entier est envahi, et cet envahissement se fait avec une rapidité plus ou moins grande, on en peut voir où la suppuration se localise au psoas laissant indemne l'iliaque. Est-ce comme l'a dit Condamin, la présence d'une toile celluleuse entre les deux muscles qui arrête la progression des lésions ; les expériences de König semblent le démontrer, mais elles ne sont pas absolument probantes.

Tout en restant localisée en psoas et à sa gaine, la myosite peut déterminer en dehors d'elle une réaction inflammatoire qui a été constatée dans un certain nombre de cas.

La plus certaine de ses complications de voisinage est la phlébite des veines iliaques, ayant déterminé des embolies mortelles. Les cas en sont heureusement très rares.

L'atmosphère celluleuse du rein peut être le siège

d'une transformation fibro-lipomateuse qui n'est du reste qu'un stade du phlegmon péri-néphrétique. Le péritoine pelvien irrité se défend en constituant des adhérences. Mais ces cas sont discutables, car s'il est acquis que l'infection du psoas peut agir par contiguïté en dehors du muscle, il est non moins vrai que la cause de la psoïte peut être une infection de voisinage.

Cela est surtout vrai pour la partie supérieure du muscle. Nous avons dit que le fascia iliaca était en haut extrêmement mince, pour s'épaissir peu à peu en approchant de l'insertion trochantérienne. Aussi est-ce de très haut que les affections de voisinage peuvent retentir sur le psoas. On a pu voir des affections thocaciques, abcès du poumon, pleurésies, déterminer des psoïtes, de même dans le phlegmon périnéphrétique, la pyonéphrose ; on a noté cette complication, mais chose à première vue étonnante, l'appendicite qui si souvent présente des collections purulentes collées à la fosse iliaque réagit peu sur le muscle, c'est que déjà au niveau du cœcum, l'aponévrose est véritablement fibreuse et s'oppose à la progression de la suppuration.

L'anatomie pathologique de cette affection n'est pas sous la dépendance de la cause. Dans presque tous les cas, la myosite évolue lentement vers la suppuration et la destruction du muscle. Si le foyer est ouvert, il s'en écoule un pus de nature variable, mais ordinairement sanguinolent, mêlé de débris musculaires et souvent d'odeur très fétide.

L'examen bactériologique est malheureusement passé sous silence dans les observations. Dans deux de nos

cas, l'examen montra la présence de streptocoques.

Si l'on n'intervient pas, l'issue du pus formée est à peu près inévitable, si elle peut se faire. C'est dans ces cas que le malade miné par la fièvre succombe à des accidents de pyohémie qui se manifestent à l'autopsie par la dégénérescence graisseuse des organes. Ou bien des adhérences péritonéales limitent la perforation et la collection de sous-péritonéale devient intrapéritonéale, il se produit une péritonite circonscrite.

L'issue du pus par l'intestin s'est observée plusieurs fois.

La péritonite généralisée est rare.

La réparation quand elle se produit est extrêmement lente et pendant longtemps les trajets laissent écouler du pus. La disparition plus ou moins complète du muscle est de règle.

En résumé myosite interstitielle, tendance à la suppuration, évolution lente des lésions locales, complications de voisinage plutôt rares, réparation difficile, sont les caractères principaux de l'affection qui nous occupe.

Nous envisagerons plus complètement comment s'établit la suppuration, comment se produisent les complications dans les chapitres suivants.

SYMPTOMES

Nous étudierons successivement à ce sujet, une période de début et une période d'état.

Période de début

A cette période, les symptômes sont très variables, suivant qu'il s'agit d'une des trois catégories de psoïtes que nous avons indiquées tout à l'heure, savoir : les psoïtes par propagation, les psoïtes consécutives aux maladies infectieuses et les psoïtes traumatiques.

Dans les deux premiers cas en effet, les premiers symptômes de la psoïte sont absolument masqués par ceux de la maladie causales dont nous ne pouvons nous occuper ici. C'est seulement quand il s'agit de psoïte traumatique que le clinicien peut alors nettement observer les symptômes du début.

Or le début ordinaire est une douleur plus ou moins vive dans la région lombaire ou dans la fosse iliaque ou à l'aîne avec des irradiations diverses. Le sujet est parfois réduit à l'impuissance de tout mouvement, tombe sidéré sans pouvoir se relever, d'autres fois et le plus souvent, il ne tombe pas ou s'il s'affaisse, il peut se relever bientôt, continuer son travail ou sa marche mais en boitant, le corps courbé en avant.

Tantôt les phénomènes de la psoïte évoluent de suite après le traumatisme, tantôt au contraire, ils mettent un certain temps à se dévoiler.

Dans une observation empruntée à Lobstein et que nous publierons tout à l'heure, une femme de 28 ans voulant franchir avec un énorme fardeau une rivière, se sent tout à coup piquée à la région lombaire droite, elle ne peut aller plus loin et on est obligé de la transporter chez elle. Sa cuisse droite est alors en flexion légère et l'extension est très douloureuse. Un calme s'établit et au bout de quelques jours la psoïte évolue.

Dans une observation rapportée par Darié « un ouvrier de Montrouge fait le 23 novembre 1851, une chute sur le côté droit du corps sans accident grave, car au bout de 8 jours il était en état de reprendre ses travaux et depuis il s'est toujours très bien porté. Ce ne fut que trois mois plus tard (le 29 février 1852), que cet homme s'étant mis à la poursuite de l'un de ses créanciers fit en un jour plus de 28 lieues et que rentré chez lui excédé de fatigue, il éprouva le soir même un frisson suivi de chaleur et de fièvre, de la céphalalgie, un sentiment de courbature générale; enfin de la douleur vive dans la région inguinale droite et la région lombaire correspondante. Le lendemain et les jours suivants ces symptômes s'aggravèrent malgré une saignée qui lui fut pratiquée. Enfin le malade entre à l'hôpital le 4^e jour après cette course effrénée ».

(1) Arch. de Méd., 854, t. XXX.

Période d'état

L'affection une fois confirmée se révèle par un ensemble de *signes locaux* assez caractéristiques et par des signes généraux communs à toutes les suppurations.

La *douleur*, premier signe local est sourde ou lancinante, avec battements, quelquefois existant le jour comme la nuit, s'exagérant au moindre mouvement, dans la région lombaire, au pli de l'aîne, dans la fosse iliaque, sur le trajet du *psoas iliaque*. La douleur provoquée s'obtient en palpant le ventre au niveau de la fosse iliaque, en palpant la région lombaire, le pli de l'aîne, la région fessière, en faisant marcher le sujet, en faisant exécuter à la cuisse des mouvements d'extension et de rotation en dedans. La flexion peut être exagérée sans douleur tandis que l'extension et la rotation en dedans font éclater des douleurs excessives. Cette localisation de la douleur dans les divers points de la région occupée par le *psoas iliaque*, des lombes au petit trochanter, l'impossibilité d'explorer cette région sans faire souffrir, l'exaspération de la douleur par les mouvements d'extension imprimés aux muscles inférieurs, sont comme nous le verrons tout à l'heure des signes importants pour le diagnostic.

Après la douleur, et quelquefois, mais très rarement en même temps, apparaît le symptôme considéré par la plupart des auteurs comme pathognomonique de la *psoïte*, nous voulons parler de *l'attitude spéciale* du muscle malade.

Attitude spéciale : Dans la *station debout*, le sujet atteint de psoïte se tient le tronc courbé en avant; dans *la marche*, si celle-ci est encore possible, le tronc est penché en avant, incliné du côté de la lésion, et le sujet boite à la façon d'un coxalgique. Dans le *decubitus dorsal*, la cuisse est plus ou moins fléchie sur le bassin, la jambe fléchie sur la cuisse, le pied repose à plat ou par le talon sur le lit, la pointe du pied est tournée en dehors (la plupart des auteurs), rarement en dedans (Nélaton). La cuisse étant en flexion et rotation en dehors, doit aussi se trouver en abduction. Et en effet l'abduction n'est guère signalée que dans une observation de Lobstein.

Cette attitude spéciale de la psoïte, flexion avec rotation externe et abduction peut être plus ou moins marquée; mais elle manque rarement quand les observations sont précises. Elle offre suivant Vincent, de Lyon (1), les particularités suivantes :

1° Elle s'accroît de plus en plus et parallèlement en général au développement de la douleur et de la formation de l'abcès;

2° La main du chirurgien ou du malade peut accentuer les flexions, sans provoquer de douleurs; il n'en est pas ainsi dans la coxalgie et nous n'avons pas trouvé d'exception à cette règle dans les observations bien nettes de psoïte;

3° Il est impossible de réduire la flexion, de rame-

(1) Dictionnaire Dechambre : article Psoïtes.

ner le membre dans l'extension sans déterminer des douleurs excessives ;

4° Lorsque l'abcès a été ouvert spontanément ou a été ouvert par le chirurgien, la flexion tend à diminuer ; cette même tendance s'exprime quelquefois dès que le pus s'est formé et que la fluctuation devient nulle ;

5° En cas de guérison il reste toujours une tendance à la flexion après les vraies psoïtes, les myosites parenchymateuses avec obstruction plus ou moins étendue du psoas.

Quelle est maintenant la cause de cette attitude ? Elle n'est certainement pas due à la rétraction du psoas en partie détruite, mais à l'espèce d'instinct qui pousse le malade à adopter la position qui le soulage le plus. Telle est la théorie émise par Nélaton. Dans sa thèse, Marciano soutient une opinion un peu différente. Suivant lui, en effet, la flexion est à la fois le résultat d'un obstacle mécanique (l'abcès), et d'un réflexe des parois abdominales pour éviter une pression douloureuse sur l'abcès.

Ajoutons enfin que suivant le Professeur Duplay, les rares cas dans lesquels on a observé la flexion avec adduction et rotation en dedans, coïncidaient probablement avec une destruction complète du muscle psoasiliaque.

Tumeur. — La tumeur de la psoïte apparaît à une époque variable ; tantôt, d'après Marciano, elle serait déjà très appréciable deux ou trois jours après les premiers accidents douloureux ; tantôt elle ne se manifeste qu'au bout de 15 jours, d'un mois et même davantage.

Cette tuméfaction occupe la région du muscle psoas-iliaque; elle peut s'étendre, dans les cas extrêmes, du trochanter au rebord des fausses côtes. En général, elle apparaît à la région inguino-crurale ou à la région lombaire, « en général c'est en ces deux points qu'il est bientôt possible de percevoir la fluctuation beaucoup plus difficile à reconnaître dans la tuméfaction profonde, dure, immobile qui occupe la fosse iliaque et la partie correspondante du psoas. En ces points facilement accessibles des extrémités de la gaine, on voit que la douleur fluctuante se perd pendant les efforts et la toux, qu'on peut la réduire en partie par la pression et transmettre ainsi la fluctuation à la partie moyenne intra-abdominale de la collection. » (1)

Ajoutons que quand la suppuration existe, on trouve non seulement de la fluctuation, mais encore assez fréquemment du gargouillement et de la crépitation gazeuse. Quelquefois ce gargouillement est très prompt à se produire, et on l'a vu apparaître de très bonne heure dans de petites collections qui avaient poussé lentement à la façon d'un abcès froid.

Il ne faut pas croire d'ailleurs qu'on arrive toujours facilement à la découverte d'une tumeur circonscrite et de la fluctuation. La douleur de la région, la sensibilité de la paroi abdominale, la tension des muscles abdominaux, le tympanisme abdominal, la flexion exagérée et irréductible de la cuisse, un œdème très épais et occupant quelquefois tout le muscle inférieur, le pli de

(1) Traité de Chirurgie, Duplay et Reclus. T. VII, page 429.

l'aîne; les parois abdominales, etc., peuvent présenter de grands obstacles à l'exploration de la région iliaque. L'anesthésie est alors autorisée; mais elle ne suffit pas toujours, car si elle écarte l'élément douleur, elle n'écarte nullement l'obstacle constitué par l'empâtement et l'œdème. Le diagnostic alors n'a d'autres guides que les symptômes généraux; l'attitude particulière du membre, l'empâtement de la région psoas-iliaque; et, pour peu que l'état général du malade s'aggrave, le chirurgien est autorisé sur ces simples données à confirmer le diagnostic en procédant prudemment et en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques; à des ponctions exploratrices.

Suivant Vincent, de Lyon (1), « l'exploration de ces régions lombaires de la fosse iliaque, de la région inguinale, de la région fessière, ne suffit pas; il faut la compléter par l'exploration pelvienne. Dans les deux sexes, le toucher rectal, et chez la femme le toucher vaginal, fourniront des renseignements très précieux; surtout lorsque l'investigation habituelle est rendue difficile ou impossible par la douleur, le tympanisme abdominal ou l'œdème. Par le toucher vaginal ou rectal, le doigt en cas de psoïte ne rencontrera rien d'anormal dans le petit bassin, mais porté au-delà du détroit supérieur, il sentira un empâtement, une tuméfaction, une résistance occupant la fosse iliaque. Dans un cas, chez une dame de Roanne, qui eût une péri-psoïte consécutive à une phlegmatia alba dolens fébrile, nous avons pu ainsi

(1) Dictionnaire Dechambre : article Psoïtes.

faire le diagnostic d'un abcès de la gaine du psoas, et il était impossible d'y arriver autrement. »

Ajoutons que lorsque l'abcès sera ouvert, soit spontanément, soit à la suite d'une intervention chirurgicale, l'exploration des foyers à l'aide du stylet, d'une sonde et surtout du doigt fournira des précieuses indications en faveur de la psoïte.

Les symptômes généraux de la psoïte sont extrêmement variables suivant les cas.

Parfois la fièvre est le symptôme initial comme dans le phlegmon périnéphrétique avec lequel la psoïte a plus d'une analogie. Souvent la formation du pus est marquée par des frissons irréguliers ; une nouvelle élévation de température ; des accidents gastro-intestinaux (nausées, vomissements, diarrhée) ; des accidents nerveux graves. Ces différents symptômes présentent souvent une rémission manifeste dès que le pus est collecté.

Dans les psoïtes à marche insidieuse, au contraire, les phénomènes généraux sont souvent à peine marqués, et peuvent se réduire à un léger malaise avec ou sans mouvement fébrile.



DIAGNOSTIC

Nous venons de passer en revue les symptômes de la psoïte et l'étude de ces symptômes doit nous amener à conclure que nous sommes en présence d'une myosite du psoas. Et cependant aucun de ces symptômes n'est pathognomonique, c'est dire combien le diagnostic sera difficile, cela explique pourquoi il fut dans certains cas impossible et aussi pourquoi nous avons relevé et nous relèverons encore nombre d'observations où la psoïte n'est rien moins que certaine.

La douleur, phénomène ordinairement initial débute brusquement dans la région lombaire et s'accompagne d'une impotence fonctionnelle complète ou incomplète. C'est peut-être avec l'apparition de phénomènes généraux, fièvre, anorexie, sueurs, etc. le meilleur signe qui permette d'affirmer le diagnostic avant l'examen direct, car que dire de l'attitude du malade, flexion de la cuisse et rotation en dehors, sinon qu'on retrouve cette attitude dans nombre d'affections. Aussi est-ce par l'étude de cette douleur spontanée et provoquée au besoin par des mouvements d'extension que devra débiter l'examen. Mais ensuite l'exploration directe fournira des données plus précises. Suivant la localisation de l'affection on pourra sentir une tuméfaction dans la région lombaire,

dans la fosse iliaque, dans la région inguinale, dans la région fessière. Mais combien de fois aussi cette tuméfaction sera t-elle absente ? Dans ce cas l'exploration pelvienne, nous l'avons déjà dit s'impose bien qu'elle aussi soit bien souvent insuffisante.

C'est conclure qu'à part de rares cas où tous les symptômes vus plus haut se trouvent réunis, la présence d'un seul de ces symptômes ne peut suffire pour affirmer le diagnostic.

Presque toutes les affections du bassin, de la région lombaire, de la racine de la cuisse peuvent simuler la psoïte.

La coxalgie qui donne une attitude semblable à celle de la psoïte, est il est vrai le plus souvent lente, insidieuse, apyrétique, mais outre que la forme lente de la psoïte n'est pas une rareté, n'avons-nous pas des cas de coxalgie qui débutent à grand fracas, avec fièvre, douleurs épouvantables, phénomènes généraux inquiétants. Vincent insiste avec raison sur un excellent moyen de faire la distinction : dans la psoïte, la flexion peut être exagérée sans déterminer de vives douleurs, dans la coxalgie au contraire tout mouvement provoqué de l'articulation fait pousser des cris au malade.

La sacro-coxalgie donne les mêmes symptômes, la douleur plus diffuse irradie autour de l'articulation sacro-iliaque, mais il est bien difficile de la localiser à cette articulation même.

Lephlegmon périnéphrétique peut s'accompagner aussi d'une rétraction du membre inférieur et de symptômes

généraux graves. On retrouve ordinairement dans ce cas l'origine rénale.

De même dans la pyonéphrose et le cancer du rein où l'examen des urines fait consciencieusement, lèvera les doutes.

La fracture du col du fémur, du bassin donneront des phénomènes douloureux qu'un examen attentif pourra localiser. Nous citerons pour mémoire la hernie inguinale et crurale étranglée et nous laissons de côté ces cas où le phénomène douleur est surtout accentué pour ceux où la tumeur est le principal signe et où cette tumeur simule la psoïte.

Comment distinguer en effet, cliniquement un abcès d'un psoas, d'un abcès froid vertébral qui fuse dans l'intérieur de la gaine musculaire. Par l'absence de phénomènes généraux, mais n'avons-nous pas des cas qu'ils peuvent manquer à la psoïte. Par l'étiologie, mais elle est souvent difficile à établir et du reste ne savons-nous pas que 80 fois sur 100, un malade porteur d'une affection dont il ignore l'origine, l'attribue à un traumatisme plus ou moins ancien ?

Il sera tout aussi pénible de distinguer le phlegmon iliaque sous-aponévrotique dont l'indépendance du reste semble encore problématique.

L'abcès iliaque sous-péritonéal donne une collection plus diffuse, qui souvent pointe en avant, nettement en dehors du fascia-iliaca. L'appendicite est une affection maintenant bien connue.

La présence d'un gâteau dans la fosse iliaque droite,

d'un point de Mac Burne, l'absence d'attitude spéciale feront faire le diagnostic.

Enfin il existe des cas où la fièvre typhoïde fut confondue avec la psoïte. L'ostéomyélite du bassin a été signaler.

Telles sont les principales affections qui simuleront l'inflammation du psoas à la période d'état, mais le pus se forme, se collecte, cherche une issue.

Le diagnostic devient-il alors plus facile ? Non, car que ce pus sorte spontanément, ou que le chirurgien lui trace sa route, il est toujours infiniment difficile de reconnaître l'origine première de ce pus.

Dans toutes les suppurations pelviennes, la collection a plutôt tendance à évoluer vers la paroi abdominale antérieure ou postérieure, mais quelquefois on la voit descendre à la région crurale.

De même le fascia-iliaca peut être perforé et le pus venant cependant du psoas peut venir former un abcès pelvien.

Enfin dans l'abcès sous-péritonéal, ou le phlegmon iliaque sous aponévrotique, l'hygroma suppuré de la bourse séreuse du psoas dont Durville rapporte plusieurs observations, si le diagnostic n'est pas évident par les antécédents, seul le bistouri pourra le faire.

Nous n'insisterons donc pas sur ce diagnostic différentiel de la psoïte que pour en montrer la difficulté et nous voudrions dire quelques mots du diagnostic de la cause de cette affection, mais immédiatement notre embarras s'affirme de nouveau.

A part les cas très nets où dans le cours d'une affection générale, infection puerpérale, fièvre typhoïde, variole, la suppuration du muscle s'observe, quel rôle faut-il attribuer aux affections de voisinage dans la production de la psoïte. Nous savons qu'en effet l'infection se transmet soit par perforation du fascia-iliaca, soit par propagation sans perforation et nous avons vu, nous verrons aux complications que la psoïte s'accompagne souvent de manifestations extérieures, du côté du péritoine, de l'intestin, etc.

Dans ces cas, l'inflammation pelvienne est-elle la cause ou la conséquence. Nous ne pouvons conclure, car aucun fait ne vient fixer notre opinion et nous disons simplement, et cela après les auteurs qui les derniers se sont occupés de la question, que les causes générales étaient de beaucoup les plus importantes pour la production de la psoïte, il faudra toujours se méfier des cas de psoïte par propagation qui semblent devoir être de moins en moins fréquents.

Nous avons déjà discuté à l'étiologie la question du traumatisme, nous n'y reviendrons pas.

Pour terminer ce chapitre et pour excuser l'indécision où volontairement nous demeurons, nous pouvons rappeler combien de fois la psoïte a donné lieu à des erreurs de diagnostic, combien de fois ce diagnostic est établi sur des bases peu stables. La thèse de Marcato entre autres nous présente des observations d'abcès sous-aponévrotiques qu'il accepte comme cas de psoïte, et nul auteur ne pourra affirmer d'avance ce diagnostic. Le bis-

touri seul peut trancher la question et au surplus comme le dit Vincent « si le diagnostic est impossible, il est pratiquement inutile puisque le mode de traitement doit être le même quelle que soit la lésion initiale. »



PRONOSTIC

Le pronostic de la psoïte, très variable suivant les cas, doit toujours être réservé. Il variera suivant que l'infection musculaire survient sans cause appréciable ou bien dans le cours d'une maladie générale, il variera également suivant que le médecin se trouve en présence d'un cas aigu, subaigu ou chronique, il variera enfin comme nous le verrons avec la durée de la suppuration. Mais comme tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, posent en principe que la période de la suppuration est toujours longue, nous pouvons dire que la psoïte, non seulement par ses complications locales toujours possibles, mais encore par l'affaiblissement qu'elle cause, expose le malade qui la porte à ne plus pouvoir surmonter son mal.

Avant de passer en revue ces complications tant locales que générales, nous devons voir ce que devient la psoïte abandonnée à elle-même ou traitée par des moyens médicaux. Nous avons abandonné l'étude des symptômes au moment où le pus se formait. Que se produira-t-il alors? Ne pouvons-nous espérer, comme cela se voit dans nombre de maladies, la régression des symptômes, l'enkystement de la collection, sa disparition, enfin? Hélas, ces cas s'ils existent, sont infiniment

rares. La psoïte a une tendance pour ainsi dire fatale à la suppuration progressive du muscle et à l'élimination du pus. Mais nous avons vu à l'anatomie pathologique, que l'élimination spontanée rendue difficile par l'aponévrose, par le canal ostéo-fibreux du psoas était, lorsqu'elle se produit, toujours insuffisante. C'est dire que le pronostic pour devenir favorable, devra s'appuyer sur une intervention chirurgicale précoce et complète. Nous verrons tout à l'heure ce qu'elle doit être.

Mais, nous venons de le dire, si l'on n'intervient pas, le pus tend à s'éliminer. Malheureusement pour arriver au dehors, il lui faut traverser en arrière d'épaisses masses musculaires et aponévrotiques, il se heurte à l'obstacle infranchissable de l'os coxal, il s'emmaganise eufin à la partie inférieure dans le cornet résistant du fascia-iliaca; en avant il a devant lui tous les viscères abdominaux et le péritoine. C'est cependant par là qu'il aura le plus de chances de sortir; mais cette élimination loin d'être un bienfait n'est toujours qu'une complication, car, insuffisante pour vider le foyer primitif, elle créée dans les organes qu'elle traverse des désordres importants.

Si la perforation du fascia-iliaca en avant se fait rapide, avant la production d'adhérences protectrices, la péritonite généralisée emporte le malade. Si ces adhérences existent, un foyer de péritonite circonscrite se produit, puis le pus cherchant une voie, la trouve en perforant un des organes abdominaux. Laissant de côté le rein et la vessie qui n'ont été intéressés que rarement, la colonne vertébrale qui a pour se protéger des aponé-

vroses très épaisses, l'os iliaque dont l'ostéite ne se produit que tardivement, nous voyons que la perforation la plus fréquente est celle de l'intestin, au niveau du colon, au niveau du rectum, rarement sur l'intestin grêle. Il se produit alors une débâcle de pus sanguinolent et extrêmement fétide et les jours suivants les selles sont envahies de liquide sanieux plus ou moins abondant.

Deux autres complications sont encore à signaler, l'une à la partie toute supérieure, c'est l'issue du pus dans le thorax, la perforation de la plèvre et tous les phénomènes graves qui suivent; l'autre à la partie inférieure est la pénétration du pus de l'articulation de la hanche ou l'inflammation secondaire de cette articulation avec arthrite purulente aiguë. Cette arthrite peut survenir directement ou bien c'est par l'intermédiaire de la bourse séreuse du psoas d'abord enflammée que la grande synoviale articulaire est prise. On sait en effet que la communication de cette bourse avec l'articulation est fréquente.

Telles sont les complications locales de la psoïte. Les complications générales sont celles de toutes les suppurations : abcès multiples dans les articulations, dans les os, dans les organes, manifestations pulmonaires et rénales. Plus tard si la suppuration est interminable, le malade se cachectise, la fièvre hectique se montre, tous les phénomènes de pyohémie apparaissent et la mort survient soit du fait de la tuberculose pulmonaire soit par dégénérescence amyloïde des organes.

Ce tableau si noir a besoin d'être un peu modéré. Mais,

et nous insistons sur ce point, il ne peut l'être que si le foyer se vide complètement, c'est-à-dire avec l'aide du chirurgien. Dans ce cas, après une suppuration plus ou moins longue, les foyers se ferment, les phénomènes généraux disparaissent, l'appétit revient. Mais que devient le muscle? La réparation est-elle complète? Les observations sur ce point manquent de détails. Cependant nous voyons que le plus souvent, après des troubles de la marche d'abord très marqués, le malade reprend peu à peu ses habitudes et qu'en un temps relativement court, il semble avoir reconquis l'intégrité de ses mouvements.

Il nous reste à voir maintenant quelle est la conduite à tenir pour arriver à ce résultat si désirable et les nombreuses méthodes de traitement proposées, nous indiquerons que cela n'est pas aussi simple qu'il pourrait le paraître.



TRAITEMENT

Nous ne saurions mieux faire que de citer au début de ce dernier chapitre, l'article de E. Vincent que nous avons déjà mis si souvent à contribution.

« 1° S'efforcer d'obtenir la résolution; 2° ouvrir le plus tôt possible le foyer de suppuration; 3° favoriser l'écoulement du pus; 4° obtenir le plus rapidement possible la cicatrisation du foyer; 5° soutenir ou relever les forces du malade : telle est la quintuple tâche du traitement. »

On ne peut que s'associer pleinement à ces conclusions, aussi ne discuterons-nous que la première : obtenir la résolution. On a cité des cas où l'inflammation musculaire avait paru rétrocéder, mais ces cas étaient-ils bien des psoïtes et non des phlegmons sous-aponévrotiques ou sous-péritonéaux.

Ce que l'on peut dire c'est que le meilleur traitement au début est, comme le veut Marcano, l'immobilisation du membre mais non pas comme il le conseille à l'aide d'une attelle plâtrée qui masque la région.

La seule médication interne qui semble indiquée est, comme dans toutes les suppurations longues, l'injection de sérum artificiel à haute dose qui remonte le malade. Quant au traitement local, il consiste en l'ouverture

rapide du foyer. Nous ne signalons que pour mémoire les ponctions évacuatrices, l'ouverture par les caustiques pour arriver à la seule méthode aujourd'hui applicable, celle du bistouri.

On peut dire que c'est le jour où pour la première fois un chirurgien a ouvert une psoïte que s'est engagé la discussion sur le manuel opératoire dans cette affection. C'est que de tout temps les auteurs se sont aperçus de la difficulté qu'il y a à bien vider le foyer et par conséquent à tarir la suppuration.

Pendant longtemps on ouvrit la psoïte au point où la tumeur proéminait, à l'aîne, à la cuisse, à la région lombaire.

Cependant il est une incision dite d'élection, incision qui se pratique en dehors de l'artère épigastrique, au-dessus et parallèlement à l'arcade crurale et à 2 centimètres au-dessus d'elle, en dehors de l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette incision a l'inconvénient de passer par la fosse iliaque; il faudra agir avec prudence afin d'éviter l'issue brusque du pus.

L'incision lombaire a sa raison d'être lorsque le pus collecté très haut vient après avoir perforé l'aponévrose du carré des lombes faire saillie dans le triangle de J.-L. Petit. L'incision se fait verticalement sur le bord externe de la masse sacro-lombaire. Cette opération n'a du reste été pratiquée que rarement.

On a fait l'incision également dans le triangle de Scarpa, le long du couturier en dehors des vaisseaux fémoraux lorsque le pus se collecte dans la région cœcale.

Labbé fit une incision sous l'arcade crurale, puis une seconde vers le petit trochanter. De la Motte fit une contre-ouverture au jarret.

Si le foyer se collecte dans la fosse iliaque et tend à remonter vers la crête, on pratique l'incision le long de cette crête. Le plus souvent dans ces cas la myosite est secondaire à une ostéite de l'os coxal.

Enfin avant de décrire le procédé opératoire qui nous semble le meilleur, nous devons dire quelques mots d'un mode de traitement préconisé par l'école de Lyon : la trépanation du bassin.

C'est le professeur Ollier qui pratiqua le premier en France cette trépanation pour faciliter l'écoulement du pus de la fosse iliaque. Cependant Percy en 1792 conseillait déjà cette méthode.

Després conseilla aussi dans la thèse de Pécaut en 1880, le drainage des os. M. le professeur Le Dentu apporte dans les Annales des maladies des organes génito-urinaires, d'août 1885, un cas de trépanation de l'os iliaque pour une fistule rénale. Mais la première trépanation de l'os dans la fosse fut faite par Gangolphe en 1886.

Son cas unique fut du reste suivi de mort.

M. Condamin en 1888, reprend cette étude, il établit les points de repère, montre que c'est au niveau d'une ligne menée de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine iliaque postérieure et supérieure, point le plus déclive, qu'il faut trépaner.

Enthousiasmé par le résultat de l'opération unique de Gangolphe, M. Condamin, plein de son sujet comme le dit M. Vincent dont il est l'élève, n'hésite pas à pré-

coniser cette trépanation avant même la production de pus.

Depuis, plusieurs autres trépanations ont été tentées, mais nous voyons qu'elles furent toujours combinées à des ouvertures soit lombaires soit crurales.

Le procédé de M. Ollier consiste à trépaner en arrière, entre les épines iliaques postérieures. Verneuil conseillait la trépanation de la partie postérieure de la crête iliaque. Encore une fois, la diversité de ces procédés montre mieux que toute statistique qu'aucun ne fut déclaré très bon.

Notre faible compétence ne nous permet pas de conclure; il est évident que chaque chirurgien cherchera par un procédé sien à obtenir une guérison plus rapide que dans les cas déjà vus. Mais il nous semble que la chose véritablement importante, c'est non pas de régler une opération type, mais de bien mettre en lumière qu'on ne saurait ouvrir trop largement et trop hâtivement un foyer qui a une tendance si marquée à ne pas se vider.

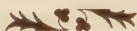
Faire une incision unique est donc inutile, car nous l'avons répété, le psoas est contenu dans un canal déclinive, le pus ne descendra peut-être pas toujours à l'extrémité inférieure, c'est à dire à la cuisse, mais il n'aura aucune chance de remonter dans la région lombaire s'il est emmagasiné dans la région crurale. C'est indiquer par là même où doivent dans les cas types se faire les incisions. Où pourra-t-on voir la stagnation s'établir ?

(1) Condamin. De la trépanation du bassin comme traitement de la psoïte. Lyon, 1886.

Rarement à la région lombaire où le psoas est comme cylindrique et nettement vertical, mais à la fosse iliaque, dans le triangle de Scarpa, enfin près de l'insertion inférieure trochantérienne. C'est là que doivent être faites largement les trois incisions de nécessité, la première parallèle et supérieure à l'arcade crurale et venant en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure; la deuxième verticale, entre le couturier en dehors, les vaisseaux fémoraux en dedans, enfin la troisième un peu au-dessus de l'insertion trochantérienne du muscle.

L'incision lombaire se fera lorsque la collection sera nettement supérieure.

Quand à la trépanation, certes si le malade se cachectise, si la suppuration considérable ne cesse pas, on sera en droit de la tenter. Mais nous croyons et les observations sont là pour le dire qu'une intervention hâtive avec les ouvertures que nous venons d'indiquer suffiront largement à drainer le ou les foyers et que la guérison dans ces cas sera obtenue sous une complication opératoire souvent inutile et quelquefois dangereuse.



OBSERVATION I (1) (personnelle)

Psoïte puerpérale. — Opération. Guérison.

La nommée Clémence G... âgée de 24 ans, couturière, entre le 8 mars 1898, à l'hôpital Necker, salle Lenoir, lit n° 9. Le médecin qui l'envoyait avait formulé le diagnostic probable de phlegmon du ligament large droit.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels. — La malade n'a jamais eu d'autre maladie que la maladie actuelle.

Elle a été réglée à 14 ans, et ses règles ont toujours été régulières jusqu'à sa grossesse.

Elle a accouché, il y a 2 mois $1/2$ d'un enfant à terme bien portant. L'accouchement s'est très bien passé, le travail n'a duré que quatre à cinq heures et la malade n'a pas trop souffert.

Elle n'a pas eu de frisson, ni de fièvre les premiers jours qui ont suivi l'accouchement; et les choses se sont si bien passées qu'au bout de 8 jours, la malade sentant ses forces revenues a voulu se lever et reprendre son métier de couturière.

Durant les huit premiers jours qui suivirent la reprise de son travail, la malade ne se sentit nullement incommodée,

(1) Leçon clinique du professeur Le Dentu, le 11 mars 1898, à l'hôpital Necker.

mais le neuvième ou le dixième jour au soir, elle s'aperçut qu'elle souffrait un peu au niveau de l'aîne droite et qu'elle allongeait sa jambe difficilement.

La douleur s'exaspéra peu à peu, mais bien lentement au dire de la malade qui continua à travailler jusqu'au quarante-cinquième jour après l'accouchement.

A ce moment les douleurs étaient devenues continuelles et à certains moments, présentaient des exacerbations telles qu'elles arrachaient des cris à la malade. Ces douleurs n'étaient d'ailleurs plus seulement localisées à l'aîne droite et s'étendaient en haut du côté de la région lombaire et en bas vers la face interne des cuisses. Tout mouvement était devenu absolument impossible à cause de la douleur du côté de la cuisse droite. Celle-ci s'était peu à peu portée dans l'abduction et fléchie à environ 45 degrés sur le bassin. En même temps étaient apparus des symptômes généraux graves ; fièvre vespérale, frissons répétés, vomissements et diarrhée. Ajoutons que la malade n'avait toujours pas de pertes vaginales fétides pouvant faire supposer une affection puerpérale.

Ce n'est qu'au bout de 8 jours de repos au lit que l'imprudente malade ne voyant pas son état s'améliorer et se sentant au contraire très abattue, se décida à appeler le médecin. Celui-ci prescrivit alors l'application de vésicatoires répétés au niveau de la fosse iliaque droite, des injections vaginales d'eau boriquée très chaudes, et le sulfate de quinine à l'intérieur.

Au bout de 12 jours de ce traitement, apparut au-dessus de la crête iliaque droite une enflure très nette qui tendait bien plutôt à remonter du côté de la région lombaire qu'à descendre du côté de la fosse iliaque. C'est alors que le médecin déclara qu'une intervention chirurgicale s'imposait

et adressa sa malade à M. le professeur Le Dentu à l'hôpital Necker.

Examen de la malade, le 10 mars, à l'hôpital.

Inspection. — La malade est très abattue. Ses traits sont tirés, ses yeux excavés, cerclés de noir, ses narines pincées, comme s'il s'agissait d'une affection péritonéale.

Le ventre n'est pas distendu, mais la peau présente à ce niveau une coloration bronzée très prononcée qui n'est certainement pas due à l'application des vésicatoires; puisque ceux-ci n'ont été appliqués qu'au niveau de la fosse iliaque droite, tandis que la coloration bronzée s'observe dans toute l'étendue du bas-ventre.

On ne constate pas non plus de tuméfaction au niveau de la fosse iliaque droite. Ce n'est qu'au-dessus de la crête iliaque droite qu'on constate une voussure. Pour bien voir cette voussure il est nécessaire de faire coucher la malade sur le côté gauche. On constate alors que la voussure en question est large comme environ la paume de la main et se termine insensiblement en haut du côté de la région lombaire.

Le membre inférieur malade est fléchi à environ 45 degrés sur le bassin, il est de plus dans la flexion avec rotation externe.

Palpation. — Au niveau de la voussure, la moindre pression détermine une douleur extrême et il est impossible de rechercher les fluctuations. La pression est également très douloureuse au niveau de la fosse iliaque droite qui n'est cependant pas tuméfiée. Au-dessous de l'arcade de Fallope la palpation est encore douloureuse sur le trajet du psoas, mais ici la douleur est supportable.

Organes génitaux. — Le toucher permet de constater que l'utérus n'est pas encore complètement revenu sur lui-

même; mais qu'il n'est nullement douloureux et qu'il est en position normale. La malade n'a d'ailleurs pas de pertes.

Les annexes sont parfaitement normales.

Appareil urinaire. — Urines en quantité normale; légèrement albumineuses.

Appareil digestif. — Depuis une dizaine de jours, la malade n'a plus de vomissements; mais elle a toujours par moments des débâcles diarrhéiques.

Rien aux poumons.

Rien au cœur.

Le pouls est à 130; très petit, mais régulier. La température, le 10 mars au soir est de 38°5.

M. le professeur Le Dentu diagnostique une psoïte absolument typique.

Opération le vendredi 11 mars après une clinique sur les psoïtes.

La malade étant anesthésiée à l'éther, M. le professeur Le Dentu fait une première incision de 7 à 8 centimètres parallèle au bord antérieur de l'os coxal à deux centimètres en dedans de ce bord. Aussitôt le fascia transversal incisé il s'écoule une grande quantité de pus qu'on peut évaluer certainement à plus d'un demi-litre.

On fait une deuxième incision en arrière; au niveau de la partie postérieure de la crête iliaque parallèlement à elle et environ à un ou deux centimètres au-dessus d'elle. Cette seconde incision mesure également sept à huit centimètres.

La poche purulente est soigneusement drainée avec deux gros tubes de caoutchouc, dont l'un passe par les deux orifices et dont l'autre sort seulement par l'orifice inférieur.

On fait un pansement légèrement compressif à la gaze odoriférée et la malade étant toujours anesthésiée, on

étend doucement mais complètement le membre inférieur malade sur le bassin. La malade est alors reportée sur son lit et on applique sur le membre droit l'appareil à extension continue du professeur Lannelongue.

Soir. — Température : 37°5 ; pouls 108.

13 mars. Premier pansement. La malade n'a pas eu de fièvre. La plaie a beaucoup coulé, mais a bel aspect.

Le 15. Deuxième pansement. La plaie coule toujours beaucoup. Pas de fièvre. La malade désormais fléchit et étend elle-même facilement sa cuisse droite sur son bassin.

Ce n'est qu'à la fin de mars que l'écoulement purulent tend à se tarir.

Le 2 avril on enlève le drain qui réunit les deux orifices supérieur et inférieur. L'orifice supérieur est alors seulement drainé avec une mèche de gaze iodoformée.

Le 5. On enlève le second drain.

Le 10. La plaie supérieure est complètement fermée ; mais on est obligé de la toucher au nitrate d'argent pour détruire les bourgeons exubérants.

Le 18. La plaie inférieure est complètement fermée.

La malade part à la fin du mois d'avril complètement guérie. Elle se plaignait seulement d'un peu de faiblesse du côté de son membre droit.

OBSERVATION II (Personnelle).

*Psoïte non diagnostiquée opérée pour un phlegmon
périnéphrétique. — Guérison.*

La nommée Eugénie L..., âgée de 18 ans, couturière ; est envoyée le 1^{er} août 1898 à l'hôpital Necker, salle Lenoir, lit n° 18, avec le diagnostic d'abcès périnéphrétique.

Antécédents héréditaires : Rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels : Aucune maladie jusqu'à ces derniers temps.

Réglée à 15 ans.

Règles toujours régulières.

Au commencement du mois de mai 1898 ; la malade, en voulant s'asseoir sur une chaise, tomba de tout son poids assise sur le sol. Dans sa chute, elle essaya de se retenir ; et fit alors un violent effort à la suite duquel elle sentit, dit-elle, une sorte de craquement douloureux dans l'aine droite. Quoi qu'il en soit ; la malade éprouva pendant plusieurs jours à la suite de cette chute un endolorissement vague au niveau de la région iliaque gauche. Cet endolorissement disparut peu à peu complètement ; et le mois de mai se termina sans incident.

Dans les premiers jours du mois de juin, la malade jusque-là très bien portante, se sentit très abattue. Elle avait de violents maux de tête, de la fièvre, le soir, de la douleur dans les deux fosses iliaques, des vomissements et de la diarrhée couleur jaune ocre, pas d'épistaxis.

Le médecin appelé diagnostiqua une fièvre muqueuse : et prescrivit une alimentation liquide et du sulfate de quinine à l'intérieur.

Examen de la malade à l'entrée :

Inspection : La malade a l'air un peu abattue. On ne constate pas de tumeur nette, soit au niveau de la fosse iliaque, soit au niveau de la région lombaire où la douleur semble avoir maintenant son maximum d'intensité.

Pas d'attitude spéciale des membres inférieurs. Cependant la malade met volontiers en flexion légère le membre correspondant au côté malade.

Palpation : L'exploration de la région lombaire est extrêmement douloureuse et semble révéler un empâtement profond. La palpation de la fosse iliaque est également douloureuse, mais ne révèle pas de tuméfaction profonde.

Organes génito-urinaires : Rien à signaler du côté de l'appareil génital. L'urine est normale.

Appareil digestif : La malade a continuellement des nausées, rarement des vomissements. L'inappétence est complète. La diarrhée reparait encore de temps à autre.

Rien aux poumons.

Rien au cœur.

Température : le 1^{er} août au soir, 39,4. Le pouls est à 130; petit, mais régulier.

D'après les symptômes qui précèdent, on soupçonne un phlegmon périnéphrétique; toutefois, comme l'opération ne semble pas urgente; on préfère attendre un peu pour voir le diagnostic se confirmer.

2 août. On prescrit à la malade le régime lacté

Température du matin, 37,6.

— soir, 37,4.

Cet état persista une douzaine de jours, puis tous les symptômes que nous venons d'énumérer disparurent; sauf la douleur qui persista au niveau de la fosse iliaque gauche.

Toutefois, cette douleur fut tout d'abord supportable; puisque dans les derniers jours de juin, la malade se leva et put très bien aller et venir sans boiter.

Au commencement de juillet; l'état général était très satisfaisant; les troubles digestifs avaient disparu; tandis que l'appétit et les forces étaient au contraire revenus; mais les phénomènes douloureux persistaient toujours; et

loin de s'amender s'exagéraient au contraire tout en changeant de forme.

La douleur maintenant sourde, continue, présentait parfois des exacerbations soit spontanément, soit sous l'influence du moindre effort. De plus, elle n'était plus localisée comme autrefois au niveau de la fosse iliaque gauche, mais elle s'irradiait en haut du côté de la région lombaire.

Vers le milieu de juillet, la malade dut se remettre au lit et le garder continuellement. A ce moment, la fièvre vespérale avait reparu. On fit alors venir le médecin de la famille qui après avoir observé la malade pendant quelques jours ; diagnostiquer un phlegmon périnéphrétique ; déclara une intervention chirurgicale indispensable et envoya sa cliente à l'hôpital Necker, salle Lenoir, le 1^{er} août.

3 août. Température du matin, 27,2.

— — — — — soir, 37,8.

4 août. Température du matin, 38.

— — — — — soir, 39,4.

La malade est très abattue ; et devant l'intensité de la fièvre, M. Morestin. ordonne de préparer la malade pour le lendemain.

5 août. Température du matin, 37,6.

Opération, M. Morestin : Anesthésie à l'éther.

On fait à la région lombaire une longue incision de 12 à 14 centimètres, oblique en bas et en dehors, et commençant en haut à environ 4 centimètres au-dessous de la douzième côte, pour se terminer en bas à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la crête iliaque. Cette incision donne issue à environ un tiers de litre de pus épais, très fétide.

La cavité de l'abcès est drainée avec deux gros tubes de caoutchouc. Pansement à la gaze iodoformée.

6 août. Température du matin, 38,6.

— — — — — soir, 38,2.

On refait le pansement qui a beaucoup suinté.

7 août. Température du matin, 37,4.

— — — — — soir. 37,6.

La malade se sent beaucoup mieux. A partir de ce jour-là, la fièvre ne reparait plus et les troubles digestifs cessent. Toutefois, la plaie suinte abondamment jusqu'à la fin du mois d'août.

A partir du commencement de septembre, l'écoulement purulent semble vouloir se tarir et on ne refait le pansement que tous les trois jours. Mais il persista un léger suintement.

Le 22 septembre. Ce suintement persistait toujours ; M. Morestin explore soigneusement la plaie avec un stylet et constate alors avec étonnement que ce stylet s'enfonce encore de 12 à 14 centimètres dans la profondeur de la plaie. Le drainage semble donc insuffisant ; et pour hâter la fermeture de la plaie lombaire. M. Morestin décide d'établir une contre-ouverture en avant au-dessus de l'arcade crurale.

L'opération est faite le 24 septembre, la malade étant anesthésiée à l'éther. On pratique au-dessus de l'arcade crurale ; à 1 centimètre environ du bord antérieur de l'os coxal et parallèlement à lui ; une incision oblique de 10 à 12 centimètres. Les différentes couches de la paroi abdominale antérieure étant incisées, on introduit un stylet par la plaie lombaire, et on le pousse de façon à le faire ressortir par la plaie iliaque. On constate alors que le muscle Psoas présente une cavité qui n'est autre que la cavité de l'abcès. Il s'agissait donc d'une psoïte, et comme les phénomènes douloureux avaient débuté autrefois par la région iliaque, il est

plus que probable qu'il n'y avait jamais eu de phlegmon périnéphrétique.

Un autre problème intéressant à résoudre ici était le suivant : La psoïte en question, était-elle une psoïte traumatique consécutive à la chute qu'avait faite autrefois le malade en voulant s'asseoir, ou était-elle au contraire une psoïte consécutive à la maladie infectieuse qu'a eue la malade au mois de juin, et qui a peut-être été la fièvre typhoïde ? Il est difficile de se prononcer catégoriquement, toutefois entre ces deux hypothèses, c'est à la dernière que nous nous rallierons le plus volontiers. La chute, en effet, peut avoir été la cause occasionnelle, préparatoire de la psoïte ; mais la cause vraie, c'est ici comme dans les autres psoïtes un agent infectieux, et, il nous semble assez rationnel d'admettre que cet agent n'était autre que l'agent pathogène de la maladie générale persistante, peut-être par conséquent le bacille d'Eberth ; à moins que ce n'ait été le streptocoque attiré par un terrain déjà affaibli. Malheureusement l'examen bactériologique n'a pu être fait.

Quoiqu'il en soit, à la suite de la contre-ouverture iliaque la plaie lombaire n'a pas tardé à se fermer. Malheureusement la plaie iliaque paraît vouloir s'éterniser à son tour. Le drainage semble en effet insuffisant, et, au commencement du mois de novembre, nous nous demandons s'il ne va pas falloir faire une deuxième contre-ouverture crurale en dehors des vaisseaux périnéaux pour guérir définitivement la malade.

OBSERVATION III (Personnelle)

Psoïte consécutive à des traumatismes répétés de la région inguino-crurale. Opération. Guérison. Eventration et hernie consécutives.

Le nommé Charles K..., âgé de 20 ans, tisserand; entre à l'hôpital Necker le 19 mars dans un service de médecine (service de M. Huchard), où on le garde 2 jours, et d'où on l'envoie salle Malgaigne après avoir fait le diagnostic d'abcès de la fosse iliaque gauche.

Antécédents héréditaires : Rien de particulier.

Antécédents personnels : Depuis l'âge de 10 ans le malade a presque continuellement des palpitations; aussi est-il obligé de se reposer souvent. Il y a 5 ans, il est entré à l'hôpital Laennec dans un service de médecine et il y est resté 21 jours. On le soignait alors, paraît-il, pour un rétrécissement mitral qu'il a toujours d'ailleurs comme nous le verrons tout à l'heure.

Il y a 4 ans, chaude-pisse suivie d'orchite.

Début de la maladie actuelle : Le malade exerçant la profession de tisserand était paraît-il très exposé à des traumatismes au niveau du pli de l'aîne; le métier à tisser venant pour ainsi dire continuellement butter sur cette région. Aussi le malade affirme-t-il avoir toujours éprouvé un endolorissement plus ou moins net au niveau de la fosse iliaque.

Au commencement du mois de février 1898, à la suite de traumatismes plus violents, l'endolorissement se transforma en une véritable douleur, qui de la fosse iliaque s'irradiait en haut vers les lombes et en bas vers la face interne des cuisses. Les mouvements du muscle inférieur

gauche exaspéraient cette douleur, surtout l'extension de la cuisse sur le bassin. Aussi le malade marchait-il toujours un peu courbé en avant. Quoiqu'il en soit, il dut alors quitter son travail.

Jusqu'au mois de mars, le malade put cependant aller et venir en prenant quelques précautions pour éviter les chocs et les efforts ; mais alors en même temps que les phénomènes douloureux s'exaspéraient, apparaissaient d'autres symptômes qui obligèrent le malade à garder continuellement le lit. La fièvre survenait en effet chaque soir ; l'appétit était nul ; la diarrhée fréquente, et les forces baissaient chaque jour de plus en plus. Alors seulement on fit venir un médecin, qui, après un examen sommaire conclut à un état général grave sans formuler de diagnostic et envoya le malade à l'hôpital Necker, le 19 mars 1898.

D'abord admis en médecine dans le service de M. Huchard, le malade y resta deux jours, puis fut envoyé salle Malgaigne avec le diagnostic d'abcès de la fosse iliaque gauche.

Examen du malade le 20 mars :

Inspection : Le malade a l'air très abattu. Au niveau de la fosse iliaque gauche on constate une très légère voussure sans limites précises. Le membre gauche est bas, légèrement en flexion sur le bassin avec abduction et rotation interne.

Palpation : On constate un empâtement profond au niveau de la fosse iliaque, à ce niveau la moindre pression est extrêmement douloureuse et rend l'exploration très difficile. La pression est également douloureuse au-dessous de l'arcade crurale au niveau du triangle de Scarpa.

Appareil digestif : Nausées, pas de vomissement. Diarrhée presque continue.

Appareil respiratoire : Le malade tousse paraît-il fréquemment, cependant l'appareil respiratoire semble normal.

Appareil circulatoire : Palpitations très fréquentes. Epistaxis à certaines périodes.

A l'auscultation on entend nettement un roulement présystolique et un dédoublement du second temps. On ne perçoit pas nettement de frémissement cataire présystolique.

Comme nous l'avons d'ailleurs dit plus haut, notre malade avait déjà été soigné il y a 5 ans à l'hôpital Laennec pour un rétrécissement mitral.

Appareil urinaire : Urines en quantité normale, semblent normales.

D'après les symptômes qui précèdent, on hésite un peu au point de vue du diagnostic entre une psoïte et une ostéomyélite du bassin. Quoiqu'il en soit, on juge qu'une intervention urgente s'impose, car l'état général du malade semble grave et la température prise le 21 mars au matin est de 39.6. Les jours précédents elle n'avait pas dépassé 38.5 le soir.

Opération le 21 mars. Opérateur : M. Morestin. Ether.

On fait une 1^{re} incision de 12 centimètres, à 19 centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope et parallèlement à elle. Il sort aussitôt une grande quantité de pus très fétide qu'on peut évaluer à environ un demi-litre. La poche est alors lavée, et on constate qu'elle occupe bien l'intérieur du muscle psoas. Il s'agit donc d'une psoïte.

Jugeant cette première ouverture insuffisante au point de vue du drainage, M. Morestin décide de pratiquer une contre-ouverture au-dessous de l'arcade de Fallope. A 3 centimètres au-dessous de cette arcade et en dehors des

vaisseaux fémoraux, il fait donc une seconde incision de 4 à 5 centimètres de longueur.

La double plaie est ensuite drainée avec deux gros drains en caoutchouc, dont l'un très long passe à la fois par les deux orifices, et dont l'autre plus court ne passe que par l'orifice inférieur.

Pansement à la gaze iodoformée :

Le soir, température 37,5. Le malade se sent très soulagé.

22 mars, température, matin, 36,9.

température, soir, 37,2.

On refait le pansement qui a beaucoup suinté. Le malade se plaint de douleurs extrêmement vives au niveau de son membre inférieur. Celui-ci est toujours en flexion légère et le moindre mouvement qu'on lui imprime est extrêmement douloureux.

Jusqu'au 26 mars, l'état du malade reste stationnaire, on refait le pansement tous les jours.

Le 26 mars, température, matin, 38,1.

soir, 38,1.

Le 27 mars, température, matin, 37.

soir, 38,2.

Le malade ne souffre presque plus. Au bout de 3 semaines, le malade peut très bien allonger et fléchir sa jambe, à condition d'exécuter lentement les mouvements d'extension et de flexion.

Au bout de 41 jours, le malade part complètement guéri, un peu faible seulement de son membre gauche.

Il rentre salle Malgaigne le 4 novembre avec une éven-tration au niveau de sa cicatrice inguinale et une hernie inguinale gauche. Il dit avoir toujours un peu de faiblesse dans son membre gauche.

Ajoutons que l'examen bactériologique du pus fait au

laboratoire de M. Macaigne à Clamart avait révélé dans ce pus la présence de streptocoques.

OBSERVATION IV (personnelle).

Psoïte consécutive à une salpingite. Opération. Guérison

La nommée B..., âgée de 34 ans, couturière, entre le 10 février 1898, salle Lenoir, lit n° 22, avec le diagnostic formulé par son médecin de salpingite.

Antécédents héréditaires : rien de particulier.

Antécédents personnels : aucune maladie dans l'enfance.

Réglée à 15 ans.

Règles toujours régulières jusqu'à ces derniers temps.

10 accouchements :

1^{er} accouchement 17 ans.

2^e — 19 ans 1/2.

3^e — 20 ans 1/2.

4^e — 22 ans.

5^e — 24 ans.

6^e — 26 ans.

7^e — 27 ans 1/2.

8^e — 29 ans.

9^e — 31 ans.

10^e — 33 ans.

Tous ces accouchements se sont très bien passés.

La malade n'a jamais eu de fièvre et n'a jamais souffert du ventre à la suite. Elle restait en moyenne 8 à 9 jours au lit.

Le 1^{er} octobre dernier, la malade qui n'avait pas été réglée depuis un an (elle allaitait son dernier enfant); eut ses règles qui durèrent 5 à 6 jours et furent très abondantes.

Au commencement du mois de novembre suivant, et au commencement du mois de décembre, la malade n'eut pas ses règles et bien qu'elle n'ait présenté alors aucun autre symptôme de grossesse, elle pensa qu'elle était de nouveau enceinte.

A partir du 20 décembre elle commença à perdre quelques gouttes de sang; puis le 23 décembre au soir, pendant 3 ou 4 heures, elle perdit une grande quantité de caillots sanguins. Bien qu'elle se trouvât alors très affaiblie avec de l'angoisse précordiale et de la tendance à la syncope, elle refusa d'envoyer chercher le médecin, et consentit seulement à garder le repos au lit en prenant de temps à autre des injections vaginales très chaudes.

Les jours suivants, l'hémorrhagie continua à se faire, mais lentement et goutte à goutte comme dans les 1^{ers} jours. Le 29 décembre l'écoulement sanguin paraissait terminé. La malade essaya de se lever, mais quoique ses forces fussent un peu revenues, elle ne put se tenir debout, car elle ressentit une douleur assez vive dans la fosse iliaque gauche, et il lui sembla que le membre inférieur gauche trop faible ne pouvait la supporter. Alors seulement elle consentit pour la 1^{re} fois à envoyer chercher le médecin.

Celui-ci examina soigneusement la malade, constata que l'utérus était très augmenté de volume et avait une consistance molle, que l'orifice utérin était très dilaté et rempli de caillots sanguins, et fit le diagnostic de fausse couche récente d'environ deux mois, avec annexité probable du côté gauche. Il prescrivit le repos au lit et les injections chaudes au sublimé.

Au bout de 15 jours de ce traitement, l'état général avait continué à s'améliorer, mais cependant la malade avait maintenant de la fièvre et des frissons tous les soirs et l'on

sentait nettement dans la fosse iliaque gauche une tumeur volumineuse et douloureuse. Ce fut alors que le médecin appelé pour la seconde fois envoya sa malade à l'hôpital Necker le 10 février, avec le diagnostic de salpingite gauche.

Du 10 février au 2 mars, la malade fut simplement mise au repos au lit avec injections chaudes. Pendant ce temps la fièvre loin de se calmer, augmentait au contraire (38,5 en moyenne le soir), en même temps que la tumeur grossissait.

Examen le 2 mars :

Inspection : la malade n'a pas l'air très abattue. On constate au niveau de la moitié gauche du bas-ventre une large voussure sans limites précises.

Les membres inférieurs n'ont pas d'attitude spéciale ; mais les mouvements sont douloureux à gauche.

Palper bimanuel :

Le fond de l'utérus en anté-flexion est rejeté un peu à droite de la ligne médiane et déborde de 2 travers de doigt la symphise pubienne. L'utérus volumineux et douloureux à la palpation est complètement immobilisé.

Les culs de sac antérieur, postérieur et latéral droit sont libres.

Le cul de sac gauche en revanche est comblé par une tumeur dure en certains endroits, fluctuante en d'autres, douloureuse, grosse environ comme les deux poings, et qui remonte à quatre bons travers de doigt au-dessus de la ligne horizontale du pubis. Cette tumeur est complètement immobilisée.

Appareil digestif : anorexie, un peu de diarrhée.

Appareil respiratoire : rien de spécial.

Appareil circulatoire : palpitations fréquentes, pas de lésions organiques.

Appareil urinaire : urines normales.

Température en moyenne 38,5 le soir; le pouls, petit, régulier, oscille entre 100 et 110.

Le professeur Le Dentu décide d'intervenir le lendemain.

Opération le 3 mars 1898. Ether.

Incision verticale et latérale de 12 à 15 centimètres au niveau de la fosse iliaque gauche.

On tombe sur une masse semi dure, semi fluctuante, très adhérente à l'intestin, à l'épiploon et surtout à la fosse iliaque gauche avec laquelle elle semble faire corps. Il est impossible de reconnaître les annexes. Fait curieux : Les vaisseaux iliaques battent au-dedans de la tumeur.

M. le professeur Le Dentu déclare alors qu'il se trouve en présence d'une psoïté très probablement consécutive à une annexite gauche.

On essaie de ponctionner la tumeur avec l'appareil de Potain : rien ne s'écoule. On fait alors une incision de 3 à 4 centimètres au bistouri sur un point nettement fluctuant, et il s'écoule environ un verre à bordeaux de pus.

La marsupialisation de la poche purulente étant malheureusement impossible, on se contente de tamponner cette poche avec de la gaze iodoformée. La plaie abdominale est ensuite refermée de façon à ne laisser passer que les mèches.

Soir : Température 38.4.

Pouls . . . 110.

Pas de vomissements.

4 mars, température matin : 38.

— — — soir : 38.2.

Pouls : 100.

Pas de vomissements.

5 mars, température matin : 37.6.

— — — soir : 36.9.

Pouls : 116.

6 mars : Pas de frisson. Purgatif.

7 mars : Premier pansement, M. le Professeur Le Dentu jugeant que le drainage est insuffisant fait remplacer les mèches iodoformées par un gros drain de caoutchouc.

Rien de particulier à signaler jusqu'au 20 mars. A partir de ce moment seulement la suppuration diminue. La malade souffre un peu moins depuis 2 ou 3 jours.

25 mars : On remplace le drain par une mèche iodoformée.

20 avril : plaie fermée.

24 avril : La malade part. On sent toujours une tumeur volumineuse au niveau de la fosse iliaque gauche, mais maintenant est très dure, cette tumeur semble fibreuse et n'est plus douloureuse. Les mouvements du membre inférieur gauche se font facilement, mais ce membre est faible.

Nous avons encore revu récemment cette malade ; on sent toujours la tumeur iliaque, mais elle ne souffre toujours plus.

OBSERVATION V (1)

Psoïte traitée par la trépanation du bassin. Mort.

P..., âgé de 63 ans, meunier, entre le 17 juillet 1886 à l'hôpital de la Croix-Rouge, salle St-Eucher, lit n° 15.

Antécédents héréditaires : Père mort 88 ans.

—	—	Mère morte en couches.
—	—	1 frère mort d'accident.
—	—	1 frère mort d'ostéites.

3 enfants :

2 en bonne santé.

1 mort du typhus.

(1) Thèse Condamin. Lyon, 88, page 32.

Antécédents personnels : Une fièvre typhoïde en 1885. Cette maladie s'était compliquée d'une phlébite du membre inférieur droit qui avait duré 5 semaines, laissant après elle un peu de faiblesse dans le membre atteint.

Début : Il y a 3 semaines, le malade commença à souffrir dans l'aîne droite; la douleur était augmentée par la pression, et les mouvements d'extension forcés de la cuisse sur le bassin étaient particulièrement douloureux. Peu à peu la douleur et l'impotence continuant à augmenter, le malade se présenta à l'hôpital et fut d'abord admis dans un service de médecin où l'on porta provisoirement le diagnostic de névralgie du nerf crural. Un examen plus approfondi conduisit au diagnostic exact, et l'on fit entrer le malade salle St-Eucher. A son entrée dans le service, on constate un état général grave avec fièvre. L'extension de la cuisse sur le bassin est impossible. La pression dans la fosse iliaque droite révèle des douleurs vives et l'on sent un empâtement profond dans cette région. La paroi abdominale au niveau de la fosse iliaque est œdémateuse et légèrement indurée jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'arcade crurale sous forme d'un bourrelet oblique parallèle à l'arcade. Œdème du pied droit et du scrotum. Le malade se plaint de transpirer pendant la nuit; diarrhée assez abondante depuis quelques jours. Pas de frisson malgré la température élevée du soir.

27 juillet : M. Gangolphe chef de service se décida aussitôt à pratiquer la ponction exploratrice et évacuatrice à la fois; la ponction fut faite avec le trocart de l'appareil Potain, dans la fosse iliaque droite, un peu en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure; bien en dehors par conséquent de la zone dangereuse (cæcum, vaisseaux, etc.). On retire par l'aspiration environ 300 grammes de pus lié, non grumeleux.

30 juillet : Le malade a été amélioré par la ponction, il souffre moins, la température qui était de 40° la veille, est tombée à 38°. Cependant la cuisse est toujours dans la flexion et l'adduction.

31 juillet : Température matin : 38.

— — — — — soir : 38.6.

1^{er} août : Température matin : 38.5.

— — — — — soir : 40.4.

2 août : Augmentation de tous les symptômes précédents. La température tendant à remonter et bien convaincue de l'impossibilité d'obtenir quelques résultats sans une ouverture large du foyer pathologique, M. Gangolphe se décide à intervenir plus radicalement en pratiquant une trépanation du bassin dans le point correspondant à la déclivité maxima du canal iliaque.

Il détermine ce point approximativement sur un squelette et pratiqua sur un cadavre cette opération. La facilité du manuel opératoire, la certitude de son immunité, mise en regard avec les immenses avantages que l'on pouvait retirer d'un drainage parfait légitimèrent à ses yeux une pareille intervention. L'état général du malade était si mauvais que l'on ne fit qu'une anesthésie sommaire avec l'éther.

M. Gangolphe fait d'abord une incision à un travers de doigt au-dessus et un peu en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, parallèlement à l'arcade de Fallope. La ligne d'incision disperse un peu la partie moyenne de celle-ci. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose du petit oblique, sont sectionnés, et les bords du muscle petit, oblique et transverse relevés en parhaut. L'exploration faite avec la sonde cannelée au voisinage de l'épine iliaque loin des vaisseaux et du côté de la face

interne de la fosse iliaque permet de traverser une couche assez épaisse de tissu induré et d'arriver enfin dans le foyer purulent. Rapidement agrandie l'ouverture donne issue à un jet de pus qui passant par dessus l'épaule de l'opérateur alla inonder un assistant.

Le doigt introduit dans le bassin permet de reconnaître la fonte complète du psoas iliaque.

Un tampon de gaz iodoformée fut placé dans le fond de la plaie et le malade fut incliné sur le côté gauche.

Alors, à 3 travers de doigt au-dessous du point le plus élevé de la crête iliaque et à 6 ou 7 centimètres en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure, incision de 7 à 8 centimètres dirigée parallèlement à la direction des fibres du grand fessier. La peau, le tissu cellulo-adipeux furent sectionnés et les masses musculaires écartées avec la sonde cannelée. Pour avoir plus de jour, nouvelle incision purement cutanée, perpendiculaire à la première et longue de 5 à 6 centimètres.

Il devient alors très facile de faire récliner les deux lignes de la plaie à l'aide d'écarteurs profonds ; et de mettre à découvert la fosse externe de l'os iliaque. Le périoste est incisé crucialement et décollé sur l'étendue d'une pièce de deux francs.

L'os est alors trépané à l'aide de la gouge et du maillet. Un large drain est placé au bout de la plaie.

15 août. La température n'est pas remontée à 40° ; mais elle oscille entre 38 et 39°. Le malade est pansé à peu près chaque jour, à cause de l'abondance de la suppuration ; au début, à cause du mauvais état général on ne faisait des injections qu'avec la solution de sublimé à 1/6000. Plus tard on fit usage d'une solution un peu plus forte. Malheureusement l'état général s'aggrava. Perte de l'appétit, petits

frissons, persistance de la diarrhée, de l'œdème des bourses et du pied droit, ainsi què de la flexion de la cuisse sur le bassin.

22 août. La cachexie s'accroît de plus en plus. L'apyrexie devient presque complète, commencement d'escarre au sacrum. Mort. L'autopsie est faite 30 heures après la mort.

On constate le long du nerf crural, en avant du muscle pectiné et obturateur externe de petites collections purulentes, disséminées çà et là. L'articulation de la hanche est envahie, la capsule est détruite en avant, si bien que la tête fémorale peut sortir facilement, mais c'est sur un trajet extrêmement fin que cette communication de l'articulation s'est établie avec le foyer iliaque.

Sous l'arcade crurale, le V fémoral contient un long caillot blanchâtre, fibreux, stratifié.

La cavité principale dans laquelle convergent tous les drains est tapissée par une membrane granuleuse d'aspect rosé. Elle ne contient pas de liquide. Le péritoine au voisinage du foyer est épaissi, un peu rougeâtre, mais il n'y a pas une goutte de liquide dans le petit bassin. Pas d'adhérences viscérales.

Le pus dans la fosse iliaque avait suivi en haut le psoas et était presque remonté sous les arcades du diaphragme.

A ce niveau entre le rein et la colonne, ce diverticule purulent ne contient plus à la place du psoas qu'un détritüs purulent.

Rachis sain, reins et urètre indemnes.

Rien de particulier du côté de l'appareil digestif et de la cage thoracique.

M. Gangolphe malgré le peu de résistance de son malade pense que la trépanation du bassin pratiquée hâtivement aurait pu être suivie de succès.

OBSERVATION VI (1)

Psoïte d'origine traumatique directe. Opération. Guérison

Il s'agit d'un malade atteint en juin 1896, d'une affection rare : psoïte d'origine traumatique directe. L'accident est dû à l'emploi d'un fusil de boucher dont il se servait en appuyant l'extrémité effilée contre la paroi abdominale. Il se produisit une hémorrhagie en jet qui cessa par compression. Peu après il fut pris de phénomènes nerveux, de fièvre, et rapidement il se produisit de la flexion dans la cuisse droite. L'état général s'aggrava rapidement et il se dessina une tuméfaction sur tout le trajet du psoas avec teinte ecchymotique des téguments, sans battement et sans fluctuation profonde.

A ce propos j'appelle l'attention sur un symptôme particulier d'une grande importance, qui consistait dans la douleur à la pression au niveau du petit trochanter avec tuméfaction et œdème de cette région.

L'intervention consista en une incision parallèle à l'arcade crurale au niveau de la loge du psoas avec contre ouverture au-dessous de l'arcade, en dehors des vaisseaux, puis sur la sonde cannelée deuxième contre ouverture au niveau du petit trochanter. Drainage large.

L'insiste sur l'utilité et la nécessité de cette dernière contre ouverture, elle évite la trépanation de l'os iliaque que j'avais préconisée dans la thèse de Condamin et que j'ai abandonnée depuis.

La guérison fut rapide. Actuellement le malade fait de longues courses en bicyclette.

(1) Revue de chirurgie, p. 244, Gangolphe.

Il est à remarquer à ce sujet que le psoas n'est pas à la rigueur nécessaire au fonctionnement du membre inférieur. Un de mes malades dont le psoas avait disparu à peu près complètement à la suite d'une psoïte, a servi dans l'armée et a pu prendre part sans inconvénient aux exercices parfois rudes du soldat.

OBSERVATION VII.

(Marcano. Thèse de Paris, 1877. Page 103)

Abcès traumatique de la fosse iliaque. — Ouverture spontanée. — Mort

X..., blanchisseuse, âgée de 42 ans, hôpital de la Pitié, service de M. Broca ; salle Saint-Augustin, lit n° 14.

Cette malade n'a jamais eu d'enfants. Elle n'a pas contracté de maladie antérieure.

Le 7 mars, elle fit un exercice très violent à la suite duquel elle éprouva de fortes douleurs dans la fosse iliaque droite. Elle put après cela reprendre ses occupations ; mais le 25 du même mois, elle se vit obligée de les interrompre définitivement, car les douleurs augmentèrent au point de rendre la marche impossible. Le muscle supérieur du côté correspondant devint très douloureux.

2 avril. (Edème considérable des parois abdominales. La cuisse est dans la flexion et ne peut être étendue. A l'examen de l'abdomen, on constate un empâtement considérable de toute la fosse iliaque, remontant jusqu'à 10 centimètres au-dessus de l'arcade crurale. Il est facile de limiter cette tuméfaction qui reproduit le trajet et la forme du psoas iliaque et qui se continue jusqu'à la région de l'aîne.

11 avril. L'abcès s'est ouvert spontanément au-dessous de l'arcade de Fallope. Il sort une quantité considérable de pus. Un stylet introduit par l'ouverture remonte vers l'arcade crurale et s'enfonce à une grande profondeur. Il pénètre manifestement dans la gaine du psoas.

2 mai. L'ouverture spontanée est très insuffisante et le pus ne s'écoule que très difficilement. On fait pour remédier à cet inconvénient une incision au-dessus de l'arcade crurale à travers les parvois abdominales, en dehors des vaisseaux, et dont les dimensions permettent l'isolement du pus.

Le 6. La suppuration a été très abondante. Les symptômes généraux se sont ajoutés, et enfin la malade finit par mourir à la suite d'une péritonite suraiguë.

Autopsie : Vaste foyer purulent ; l'épiploon est enflammé et semble hypertrophié. Le cœcum est rempli de matières fécales et nage dans le foyer. Celui-ci occupe toute l'épaisseur des muscles psoas et iliaque.

OBSERVATION VIII (1)

Psoïte traumatique survenue à la suite d'une chute avant l'accouchement. — Opération. — Guérie

M... H..., âgée de 26 ans, enceinte pour la première fois et parvenue vers la fin de la gestation ; glissa en marchant le 5 avril 1829, et tomba sur la partie postérieure de la crête de l'os iliaque gauche. De là des douleurs violentes, revenant par intervalles dans la région lombaire ; et augmen-

(1) Marcano. Th., Paris, 1877. — Christ Pfeufer : Journal de Chirurgie et d'Ophthalmologie de Grœffe et Walther, vol. XX, cahier 4, 1834.

tant surtout par l'extension du rachis, elles finissent par disparaître. L'accouchement se fit à huit mois et trois semaines ; au dire de la femme, l'enfant maigre et chétif était absolument recouvert d'une éruption humide. Il mourut dans la quinzième semaine.

Les suites de couches furent assez bonnes, mais après la cessation des lochies, la femme fut prise de crampes d'estomac. Un peu après, revinrent les douleurs des lombes et voici l'état dans lequel la malade se présenta à l'hôpital le 14 août 1829.

Elle offrait les symptômes du marasme déjà avancé ; la peau était pâle dans toute son étendue ; l'abdomen météorisé, un peu douloureux à la pression sur la région du cœcum et de l'iléum. Les selles étaient fréquentes, fétides, mêlées de pus et de sang, la soif était augmentée, l'appétit diminué, l'urine quelquefois normale, quelquefois trouble, présentant un sédiment tantôt purulent, tantôt muqueux.

Le pouls battait 115 à 120 par minute, il était petit, mais facilement dépressible ; la fièvre paraissait avoir le caractère d'une fièvre lente. La respiration était cependant tout à fait libre, les facultés intellectuelles intactes.

Elle accusait à la partie postérieure de la crête iliaque ainsi qu'à toute la région lombaire du côté gauche une douleur vive pulsative ; qui s'étendait jusqu'à l'articulation du genou. Tous les mouvements de la cuisse, ceux des extenseurs aussi bien que ceux des fléchisseurs étaient extrêmement douloureux ; il était impossible à la malade de se tenir sur le côté affecté, elle ne pouvait se tourner sur son lit et se placer sur le vase de nuit qu'étant soutenue avec précautions. On ne put par l'examen le plus attentif découvrir antérieurement le moindre gonflement, la moindre fluctuation, le moindre raccourcissement de la cuisse,

enfin la moindre difformité. Aux parties génitales, s'offraient les cicatrices de condylomes et de chancres guéris, mais on n'y remarquait aucune sécrétion anormale.

A tous ces symptômes menaçants, vint encore se joindre une salivation légère mais incommode, qui était sans doute la suite de frictions mercurielles faites pour les symptômes syphilitiques.

D'après les causes, le développement et la marche de cette maladie et aussi d'après les symptômes présents alors, on devait diagnostiquer sinon avec certitude, au moins avec une grande probabilité, une affection du psoas, et le pronostic devait être fort incertain, la question étant de savoir s'il s'était formé abcès et s'il devait s'ouvrir un chemin à l'extérieur. Seulement, la circonstance de l'intégrité des fonctions pulmonaires, de l'absence d'oppression, de la toux, de l'expectoration, de la conservation de l'intelligence, jetaient quelque lumière sur cette maladie obscure.

Cependant, comme la formation de l'abcès que l'on devait craindre ne se prononçait pas à l'extérieur, l'indication était de remédier aux symptômes les plus menaçants. La malade prit donc une décoction concentrée de quinquina avec de l'alun ; pour boisson un lait d'amandes, et fit usage contre la salivation d'une décoction de guimauve avec du chlorure de chaux liquide en gargarisme. Je prescrivis en outre l'application de cataplasmes, de plantes narcotiques sur l'abdomen et sur la région lombaire. Au bout de huit jours, l'insomnie causée par les douleurs lombaires et la fièvre, obligèrent à remplacer l'alun par la teinture d'opium.

La salivation céda le septième jour ; mais le traitement n'avait apporté aucun changement notable au reste de la maladie, lorsque le 31 août, elle se plaignit d'avoir passé une nuit très agitée bien que sans douleur, par des alter-

natives de froid et de chaud, ainsi que par une soif ardente ; elle témoignait cependant une grande joie de pouvoir déjà se tenir pendant une heure sur le côté souffrant. A l'examen de l'abdomen, je vis une tumeur de la grosseur et de la forme d'un œuf de pigeon sur le ligament de Poupart. De l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles, s'étendait jusqu'à l'épine postérieure une seconde tumeur qui avait la grandeur et la largeur de la paume de la main.

Ces deux tumeurs offraient une fluctuation évidente, et lorsqu'on comprimait l'inférieure, la supérieure se remplissait et vice versa. En pétrissant la tumeur supérieure avec la main, on entendait d'une manière sensible, un craquement comme si quelques bulles d'air se trouvaient mêlées avec le liquide qui y était contenu.

Aussitôt on plaça la malade dans une position élevée, et on ouvrit la tumeur avec un trocârt au-dessus du ligament de Poupart. Il s'écoula par la canule une quantité considérable de pus, la malade disait avoir à peine senti l'instrument pénétrer. La nuit suivante, elle eut trois heures d'un sommeil tranquille.

A son réveil, elle accusa une grande compression à la région lombaire gauche et sacrée, et se plaignit qu'il fut sorti si peu de pus. Cependant, le pouls était peu fréquent, la soif peu vive, les forces relevées, il n'y avait pas eu de selles depuis vingt-quatre heures. Après l'avoir fait placer sur le côté droit, on fit avec un bistouri du bord supérieur de l'os des iles, à partir de l'épine iliaque antérieure et supérieure, une incision de deux pouces et demi de longueur dirigée en arrière. Il sortit aussitôt un jet ayant presque un pouce d'épaisseur, d'un pus fétide mêlé de beaucoup de bulles de gaz. L'incision fut prolongée en arrière si bien qu'elle avait trois bons pouces de long, de l'épine iliaque

antéro supérieure vers la colonne vertébrale. Il s'en écoula une plus grande quantité de pus, dont le poids pourrait s'élever à environ deux livres. La crête de l'os iliaque était à nu ; à peine pourrait-on atteindre avec l'index la paroi opposée du foyer de l'abcès. Une sonde longue, d'un pied environ, que l'on introduisait avec facilité, alla soulever avec son bec le ligament de Poupart ; pendant que l'autre extrémité était visible en haut, en la retirant on vit que l'argent était légèrement noirci, le reste interne de la crête était rude au toucher et carié. Comme l'on ne pouvait pas bien ouvrir dans toute sa longueur cet abcès énorme, qui s'étendait jusqu'à l'anneau crural, on fit sur le ligament de Poupart une contre ouverture par laquelle on passa un séton.

La malade se sentit tellement soulagée par l'opération, qu'elle disait qu'on lui avait retiré du corps un poids de cent livres, et qu'elle se sentait revivre. Mais outre la carie de l'os iliaque et la faiblesse de traction suffisamment manifestée par l'absence de douleur durant l'opération, il survint le lendemain des selles liquides qui toutefois ne contenaient plus de sang ; la fièvre redoublant la nuit, amena une insomnie permanente ; l'appétit se perdit et l'épuisement fit de tel progrès, que le pronostic redevint aussi douteux que les premiers jours de son admission à l'hôpital.

L'indication était de soutenir les forces. On donna donc, outre la décoction de quinquina avec addition d'alun, une infusion d'écorce de cascarille avec de l'opium. On prescrivit un régime fortifiant légèrement nutritif et au bout de deux jours on lui donna tous les jours un quart de chamberlin. La plaie fut pansée légèrement et à sec. Dans les premiers jours il s'écoula une telle quantité de pus que l'appareil dut être renouvelé deux fois par jour.

A partir du huitième jour seulement la suppuration devint moins abondante et de meilleure nature; les bords de la plaie devinrent plus fermes et prirent une couleur plus vive. Le quatorzième jour après l'opération on retira la mèche, ce qui fit éprouver de grandes douleurs à la malade.

Le seizième jour, on ne pouvait faire pénétrer le doigt au-delà de cinq quarts de pouce dans la plaie; la suppuration diminuait et s'améliorait de plus en plus; la fièvre persistait, mais à un faible degré; les selles se réglèrent; le sommeil et l'appétit revinrent.

Le 10 octobre on trouva le foyer de l'abcès complètement fermé; seulement aux bords de la plaie se montraient quelques légères excroissances qu'il suffit de toucher avec la pierre infernale pour faire disparaître. La cuisse resta cependant légèrement contractée, la malade boîta un peu huit jours avant sa sortie de l'hôpital qui eut lieu le 21 octobre. La menstruation se rétablit complètement dans l'état normal.

OBSERVATION IX (1)

Psoïte puerpérale. Opération. Guérison.

Bott..., âgée de 31 ans, accoucha le 22 octobre 1829 d'une petite fille bien portante, et dix jours après son accouchement reprit ses occupations domestiques. Pendant le travail la sage-femme lui ayant fortement écarté les aines, elle éprouva une douleur vive qui avait son siège, d'après sa propre indication, dans la région du muscle psoas droit.

(1) Kyll de Wœsel : Mémoire sur la Psoïte chronique et les abcès du Psoas. Arch. de Médecine 1834, 2^e série p. 99. Gazette Médicale 1834, n^o 32. Marcano, Th. Paris 1877.

Cette douleur augmenta de telle sorte que le 20 novembre la marche en était devenue difficile; la malade accusa en outre une douleur obtuse dans la région lombaire droite, augmentant par la pression. Elle était constante et s'étendait en haut le long de la colonne vertébrale et en bas jusqu'au ligament de Poupart. Cependant elle n'augmentait pas par le mouvement d'extrémité. Seulement elle devenait plus vive quand la malade se redressait; aussi celle-ci était-elle obligée de marcher le corps courbé en avant. Elle ne ressentait ni lassitude, ni faiblesse dans l'extrémité malade. Les glandes inguinales étaient gonflées. De temps en temps il survenait du ténésme et de la diarrhée; au reste la santé était satisfaisante. La sécrétion des lochies avait continué à se faire et le lait était en abondance. Je diagnostiquai une psoïte et ordonnai pour en obtenir la résolution, des saignées, des sangsues, des frictions mercurielles, des vésicatoires, le calomel jusqu'à la salivation et le repos au lit.

Le 12 décembre au soir, il survint de la fièvre, une forte diarrhée, et la douleur devint plus vive. Le lendemain, l'urine avait déposé un sédiment purulent abondant; aucun changement ne s'était encore produit dans la région inguinale.

Retour quotidien de la fièvre qui se terminait chaque fois par de fortes sueurs nocturnes; augmentation de la diarrhée devenue plus rebelle; respiration difficile; aphonie; œdème des pieds; en général tous les signes de la consommation.

Le 28 décembre, il apparut une tumeur au-dessous du ligament de Poupart de la grosseur d'une noisette, sans changement de couleur de la peau et sans douleur; elle devenait plus saillante lors de la toux et redoublait chaque fois que la malade prenait une position horizontale. La tumeur fut ouverte de haut en bas dans toute sa longueur

avec un bistouri, et le pus fut vidé. On parvenait avec la sonde exploratrice à une profondeur de sept pouces. La plaie fut remplie de charpie et recouverte d'un cataplasme. L'évacuation du pus soulagea la malade, mais tous les symptômes de la consommation persistèrent; plus tard, les lèvres de la plaie furent maintenues écartées au moyen d'une éponge. Trois semaines après, l'écoulement purulent diminua en même temps que la toux, l'expectoration et la fièvre, et les forces revinrent.

Le 6 mai l'abcès se ferma et il ne resta plus qu'une raideur et de l'œdème de l'extrémité qui cédèrent au moyen de lotions alcooliques. Depuis, la femme a accouché deux fois sans accident.

OBSERVATION X (1)

Psoïte traumatique par cause indirecte. Mort. Absès dans l'intérieur du psoas.

Une femme de 28 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin voulant franchir avec un énorme fardeau une rivière peu considérable sentit brusquement dans la région lombaire une violente douleur au moment de la contraction des muscles. Ne pouvant aller plus loin, elle fut forcée d'abandonner sa charge et de se reposer. Vainement essayait-elle de se lever pour se remettre en route; on fut obligé de la transporter chez elle, où elle reçut les soins qu'exigeait son état. Le coucher sur le dos, la demi-flexion de la jambe droite, dont l'extension était devenue extrême-

(1) F. Lobstein. Traité d'anatomie pathologique, t. II, page 361, et Th. Marcato, Paris 1877.

ment douloureuse, ainsi que tous les autres soins furent prescrits.

La malade parut assez bien pendant quelque temps, mais bientôt elle se plaignit d'une douleur dans les reins qui se propageait depuis la fosse iliaque jusqu'à l'articulation du genou, en suivant la partie postérieure de la cuisse. Le membre tenu immobile resta constamment dans l'adduction; une légère douleur se faisait sentir quand on palpa l'abdomen du côté droit, mais on ne découvrit aucune trace de tumeur. Les symptômes généraux jusqu'alors peu marqués s'accrurent rapidement, l'appétit devint nul, le pouls fort et fréquent, un accès de fièvre se manifestait tous les soirs, les selles manquèrent tout à fait. Alors les symptômes locaux prirent de l'intensité; l'abdomen devint plus douloureux, il ne pouvait plus supporter le poids des couvertures; des battements presque continuels que la malade y éprouvait, des frissons, de la chaleur, qui alternaient, annoncèrent le travail de la suppuration. Cet état disparut après quelques jours pour faire place à une prostration générale. Bientôt la face devint pâle, les yeux ternes, le pouls mou, lent et fugitif, les douleurs abdominales cessèrent entièrement et la malade mourut cinq semaines après l'accident.

A l'autopsie on constata que tout le petit bassin était rempli de pus. Ce pus semblait surtout provenir de l'intérieur du muscle psoas-iliaque. Ce muscle était en quelque sorte transformé en une véritable poche purulente dont les parois, en certains endroits, ne mesuraient pas plus de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, et qui en haut commençait au niveau de la 12^e côte pour se terminer en bas à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'arcade crurale.

OBSERVATION XI (1)

Anévrisme de l'artère iliaque. Opération. Psoïte consécutive. Mort.

Luka Podubwai, âgé de 38 ans, d'une constitution robuste, alcoolique, a été atteint de fièvres intermittentes et chancre de la verge suivi de bubon suppuré de l'aîne gauche.

Il y a 6 mois, il reçut un coup de pied de cheval sur la région inguinale gauche. Peu de temps après il y remarqua l'existence d'une tumeur qui augmenta peu à peu de volume et devint gênante pour la marche. Environ un mois après, elle s'accrut subitement au point d'obliger le malade à garder le lit.

Le 24 mai 1837 il fut admis à la clinique chirurgicale. Il présentait alors une tumeur volumineuse dans la région de l'aîne, sans limites précises, s'étendant du ligament de Poupart au bord interne de la cuisse. En haut elle plonge dans l'abdomen, En dehors elle atteint l'épine iliaque antéro-supérieure; en dedans elle s'étend jusqu'à la ligne blanche et la symphise pubienne. La tumeur était pulsatile et présentait les caractères les plus évidents d'un anévrisme.

26 mai. Opération. Incision commençant à un pouce en dedans de l'épine iliaque supérieure et se terminant à environ un travers de doigt au-dessus de la dernière fausse-côte. Arrivé au péritoine le chirurgien le sépare du fascia-iliaca près du muscle psoas en se dirigeant en dedans vers les vertèbres lombaires. L'artère iliaque primitive fut liée.

Après l'opération engourdissement du membre inférieur,

(1) Salomon de Saint-Petersbourg. Zeitschrif fur die gesammte medicin. Pricke et Oppeinheim, t. XII, § 39, p. 360.

quelques légers accidents survinrent les jours suivants qui n'empêchèrent pas la guérison de se faire 2 mois après l'opération.

En mars 1838 à la suite, paraît-il, d'une exposition au froid, psoïte du côté primitivement malade, et le pus se fit jour sous le ligament de Poupart, 3 semaines après le malade mourut épuisé par une suppuration abondante et ichoreuse.

Autopsie : L'artère avait été comprise dans la ligature. La suppuration avait suivi la gaine du psoas vers le ligament de Fallope et sous le bassin fémoral. Elle avait gagné le bord des vaisseaux fémoraux. Le muscle iliaque interne avait complètement disparu dans un pus lichoreux et la surface interne de l'os iliaque était dénudée. L'abcès s'était ouvert à l'extérieur du péritoine dans le point où se trouvait autrefois la moitié externe de la tumeur pulsatile. Intérieurement il n'y avait pas de pus, mais une masse fibrineuse ferme, reste de la tumeur primitive.

OBSERVATION XII (1)

Cachexie palustre. Psoïtes et péricardite suppurées

Louis Auguste S..., âgé de 43 ans, a été atteint à l'âge de 10 ans d'une fièvre typhoïde qui guérit sans lui laisser la moindre incommodité.

Depuis cette époque jusqu'au mois d'août 1895 il a joui d'une santé parfaite. Il a fait 14 ans de service militaire. Condamné peu après sa libération à quatre années de réclusion, il passa un an et demi dans une prison continentale

(1) Archives de médecine 1878. T. I, page 620. Pantelafsis.

et fut envoyé pour terminer sa peine dans un pénitencier de Corse.

Pendant la 1^{re} année de son séjour dans cette contrée marécageuse, sa santé resta à peu près bonne, mais un an après son arrivée au mois d'août 1896, époque à laquelle sévissent principalement les fièvres intermittentes, il ressentit les premières atteintes du mal. La fièvre se déclara franchement et céda après 2 ou 3 accès à l'administration de sulfate de quinine. Elle ne reparut que l'année suivante à la même époque (août 1897); elle revêtit cette fois un caractère beaucoup plus sérieux de guérison. La quinine demeura impuissante.

Le malade s'affaiblit rapidement et prit en peu de temps un teint jaune, terreux, caractéristique. Les extrémités inférieures devinrent le siège d'un œdème persistant. Il lui restait alors six mois de prison pour achever sa peine, mais on le grâcia et on le renvoya à Paris.

C'est alors qu'il commença à souffrir de douleurs lombaires telles, qu'après quelques jours de repos au lit, il entra à l'hôpital de la Pitié, le 10 septembre 1897, salle Saint-Paul, lit n° 5.

A son entrée, le malade a un aspect profondément cachectique; son teint est pâle, jaunâtre; son sang ne contient que 2,000,000 de globules et sur ce faible nombre, il y a plus d'un million de globules blancs. Ses jambes sont œdémateuses jusqu'au genou.

Depuis quinze jours, l'oreille gauche est le siège d'un écoulement purulent; les douleurs lombaires dont il s'était plaint persistent encore, mais sont moins intenses; l'urine contient une quantité considérable d'albumine; le malade est dyspnéique; à l'auscultation on trouve la respiration faible dans toute la poitrine et quelques râles fins disséminés dans

le poumon droit; l'examen du cœur révèle une augmentation de la matité précordiale; les battements sont irréguliers, sourds; un souffle intense existe au premier temps à la base; enfin à la pointe, on entend un bruit de galop. La rate et le foie ne paraissent ni douloureux, ni tuméfiés.

11 septembre, En présence de cet état complexe, on diagnostique une cachexie palustre avec localisation rénale.

12, 13, 14 septembre. Même état.

15 septembre. Douleurs intenses dans la cuisse droite s'irradiant jusque dans le pied et paraissant suivre le trajet du nerf sciatique. La partie postéro-interne de la cuisse est légèrement tuméfiée et empâtée.

Température du matin, 39,3.

— soir, 40,1.

16 septembre. Douleurs diminuent un peu.

Température du matin, 40,1.

— soir, 39,1.

17 septembre. Même état.

18, 19, 20 septembre. La température oscille entre 38,1 et 40,4. Les symptômes de congestion pulmonaire augmentent.

Mort dans la journée du 21 septembre.

L'autopsie est faite le 24 septembre.

Poumon gauche pâle aménié : au contraire, il y a hépatisation rouge de tout le poumon droit

Péricarde très distendu contient un litre de liquide purulent.

Le muscle cardiaque est pâle, non hypertrophié.

Rate presque normale, un peu hyperhémie.

Foie grassex.

Reins : Lésions de néphrite interstitielle.

Le muscle psoas iliaque est transformé en une véritable cavité purulente; et les muscles voisins semblent eux aussi avoir été envahis par l'inflammation

OBSERVATION XIII (1)

Abcès traumatique de la fosse iliaque. — Ouverture spontanée. — Mort

X..., blanchisseuse, âgée de 42 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Broca, lit n° 14.

Pas de maladie antérieure.

Le 7 mars 1897, la malade fit un exercice très violent à la suite duquel elle éprouva de fortes douleurs dans la fosse iliaque droite.

Elle put ensuite reprendre ses occupations, mais le 25 du même mois, elle se vit obligé de les interrompre définitivement, car les douleurs augmentèrent au point de rendre la marche impossible.

2 avril. (Edème considérable des parois abdominales. La cuisse est dans la flexion et ne peut être étendue. A l'examen de l'abdomen, on constate un empâtement considérable de toute la fosse iliaque remontant jusqu'à 10 centimètres au-dessus de l'arcade crurale. Il est facile de limiter cette tuméfaction qui reproduit le trajet et la forme du psoas iliaque et qui se continue jusqu'à la région de l'aîne.

14 avril. L'abcès s'ouvre spontanément au-dessous de de l'arcade de Fallope. Un stylet introduit par l'ouverture pénètre manifestement dans la gaine du psoas.

2 mai. L'ouverture étant insuffisante; on fait une incision au-dessus de l'arcade crurale à travers les parois abdominales et en dehors des vaisseaux.

(1) Th. Marcato, Paris, 1897.

6 mai. La malade meurt de péritonite suraiguë.

Autopsie : Un vaste foyer purulent occupe toute l'épaisseur du muscle psoas iliaque.

OBSERVATION XIV (1)

Psoïte traumatique. — Mort. — Autopsie

X..., âgé de 36 ans, de constitution robuste, après un exercice violent se trouva brusquement exposé au froid. En rentrant chez lui, il eut des frissons du malaise, et appela le professeur Nail.

Celui-ci constata une petite tuméfaction très douloureuse au-dessus de la crête iliaque gauche. Le membre droit était un peu en flexion.

Le seizième jour la tuméfaction étant devenue très volumineuse ; les phénomènes fébriles intenses et les fluctuations très nettes, on décida d'intervenir.

On fit alors une incision oblique parallèle à l'arcade crurale et un peu au-dessus d'elle. Il s'écoula une grande quantité de pus.

Les jours suivants, absence de fièvre et de douleurs, le membre peut être mis dans l'extension complète.

Malheureusement l'ouverture iliaque se transforme en fistule ; et au bout de deux ans et demi, le malade succomba avec tous les symptômes d'une inflammation du foie.

Autopsie : Muscle psoas forme un vaste clapier purulent. Os iliaque est dénudé non perforé.

La substance du foie est en partie détruite par la suppuration.

(1) Dawinson, Edinburgh medical and surgical journal, juillet 1841. Traduction Giraldes in Annales de chirurgie française et étrangère, 1841, t. II, page 50.

Le rein droit descendu, a le double de son volume ordinaire.

OBSERVATION XV (1).

Psoïte traumatique. — Ouverture du foyer. — Guérison.

Le 3 janvier 1893, entrant à la Pitié dans le service de M. Labbé, le nommé R..., manœuvre, qui, dans une risqué, avait reçu un coup de pied dans la région inguinale droite.

La douleur très vive s'était d'abord calmée, puis était réapparue au bout de deux jours. La cuisse droite était fléchie sur le bassin; et en rotation externe. La vessie était distendue et il y avait rétention d'urine.

Réaction fébrile assez vive; température 38,4/2.

Au bout de deux ou trois jours, les flexions de la cuisse augmentent et il est facile de constater alors un empâtement profond de la région.

Le 20 janvier, une tumeur fluctuante se dessine vers la partie supéro-interne de la cuisse; elle se prolonge dans le triangle inguinal; s'enfonce sous l'arcade crurale et communique avec une collection semblable de la fosse iliaque.

La température oscille entre 37° le matin et 39° le soir.

M. Anger remplaçant M. Labbé, décide alors d'intervenir et fait une large incision verticale en dehors des vaisseaux fémoraux, immédiatement au-dessus de l'arcade fémorale. Le doigt introduit dans la plaie, pénètre dans l'intérieur du muscle psoas iliaque transformé en une véritable poche purulente.

Les jours suivants la cuisse revint dans l'extension,

(1) Th. Roy, Paris 1893. Psoïtes traumatiques.

Au bout d'un mois et demi le malade partait complètement guéri.

OBSERVATION XVI (1)

Psoïte traumatique primitive. Opération. Mort.

Jean B..., âgé de 7 ans 1/2 entre à l'hôpital des Enfants le 16 mai 1850, salle Saint-Côme. Il arrive d'Afrique où il a eu les fièvres intermittentes.

Il y a 8 jours, à la suite de coups de pied reçus dans l'aîne, douleurs très vives à la racine du membre frappé qui ne tarde pas à se mettre en flexion à angle droit sur le bassin.

Vomissements, phénomènes fébriles.

Jusqu'au 20, état stationnaire. Le 2 mai en examinant l'enfant sous chloroforme on sentit une tuméfaction dans la fosse iliaque gauche.

Le 7 juin, l'état général étant devenu très grave et la fluctuation évidente, on se décida d'intervenir et on fit une incision qui donna issue à une grande quantité de pus.

Les jours suivants l'état du malade continua à s'aggraver et la mort survint le 25 juin.

Autopsie : le muscle psoas iliaque est transformé en une vaste cavité purulente.

OBSERVATION XVII (2)

Abcès multiples du psoas produits par une balle.

Le nommé X..., reçut dans un duel une balle au niveau de l'aîne droite. Pendant un an, le malade souffre et ne peut

(1) Protich. Des phlegmons de la fosse iliaque. Th. de Paris, 1850.

(2) Baraton. Th. des plaies d'armes à feu. Paris, 1750.

marcher, le membre correspondant au côté atteint était immobilisé en flexion légère. Au bout de ce temps, le malade affaibli sans doute par la suppuration continuelle qui se fait au niveau de la plaie, meurt.

A l'autopsie on constata que la balle s'était logée au-dessous du muscle psoas, au-dessus de la fosse iliaque interne. Le muscle psoas iliaque était parsemé de kystes purulents de grosseur variable.



CONCLUSIONS

La psoïte telle que nous l'avons définie au début de ce travail est une affection très rare.

Qu'elle soit consécutive à une maladie générale infectieuse, ou à une suppuration du voisinage, ou à un simple traumatisme, la psoïte est toujours de nature infectieuse.

Les trois principaux symptômes (douleur localisée, attitude spéciale, et tumeur); quand ils sont tous réunis, permettent de poser facilement le diagnostic, mais souvent la tumeur et l'attitude font défaut et alors le diagnostic devient très délicat, souvent même impossible, avant l'ouverture spontanée ou chirurgicale de l'abcès.

Le chirurgien devra intervenir aussitôt que possible, et son intervention devra consister dans les cas types en une incision parallèle à l'arcade crurale et au-dessus d'elle avec une 1^{re} contre-ouverture au-dessus de l'arcade, en dehors des vaisseaux et une 2^e contre-ouverture en dedans d'eux, au niveau du petit trochanter,



BIBLIOGRAPHIE

- Traité de Chirurgie. — Duplay et Reclus.
Traité de Chirurgie. — Le Dentu et Delbet.
Pathologie externe. — 4 Agrégés.
Dictionnaire des Sciences Médicales. — Dechambre.
Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques. de Jaccoud.
DE LA MOTTE. — Traité complet de Chirurgie 1771.
KYL. — Mémoire sur la Psoïte et les abcès du Psoas.
LESTIBOUDOIS. — Thèse doctorat, Paris 1819.
FERRAND. — Thèse de Paris 1851. Des Psoïtes.
COURVOISIER. — Thèse de Paris 1853. Des Psoïtes.
MONGOL. — Thèse de Paris 1860. Des Psoïtes.
ROY. — Thèse de Paris 1873. Psoïtes traumatiques.
MARGANO. — Thèse de Paris 1877. Psoïtes traumatiques.
BRUNNON. — Thèse de Paris 1888. Myosites infectieuses primitives.
BECK. — Abcès du Psoas d'origine traumatique. Med. Times
and Gaz 83. 10 février.
BARROW. — Bulletin Médical 1870, p. 689.
HEMMER. — Zeitschrift für Gebersthülfe, Berlin 1836. T. IV, p. 31.
GANGOLPHE. — Revue des Cliniques 1889, p. 240.
CONDAMIN. — Thèse de Lyon 1888. De la trépanation du bassin
dans la Psoïte.
CORNIL et RANVIER. — Manuel d'Histologie. T. I, p. 535.
PERROCHAUD. — Ouverture d'ipisoïte dans le péritoine. Bull. ;
Anat. T. XII, p. 205. Arch. gén. de Médéc. 1894. T. XXX.

GOSSELIN. — Gazette des Hôpitaux 1879, p. 569.

CHASSAIGNAC. — Traité pratique de la suppuration et du drainage
chirurgical. T. II, p. 273.

WESS. — Thèse de Paris 1880. De la trépanation de l'os iliaque.

Vu, le Doyen,

BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,

BERGER

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

